

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE 791

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

RODRIGUEZ-ALDERETE Julio

*Né le 3 Septembre 1902, à 9 de Julio (Province de Corrientes)
République Argentine.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRISYNDROME DE MILIAN

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

LES ÉDITIONS VÉGA

175, Boulevard Saint-Germain, 175

PARIS (6^e)

1935

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

RODRIGUEZ-ALDERETE Julio

*Né le 3 Septembre 1902, à 9 de Julio (Province de Corrientes)
République Argentine.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRISYNDROME DE MILIAN

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

LES ÉDITIONS VÉGA

175, Boulevard Saint-Germain, 175
PARIS (6°)

1935



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	{	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....		LÈREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{	CUNÉO. GOSSET. GRÉGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique.....		MARION.
Clinique d'accouchements	{	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique		PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....		BEZANÇON.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.		MATHIEU.
	/	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	{	MULON. OLIVIER. VERNE. MOIGNOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) .. Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN.. .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LÉROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BROCQ.	Clinique chirurgicale. (suite)
ALAJOUANINE .		JADENAT	
AUBERTIN		GATELLIER ...	
BRULE		HEITZ-BOYER..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT. ...		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN	Clinique chirurgicale.	VELTER	Clinique obstétricale.
PASTEUR - VAL-		GUÉNIOT.	
LERY-RADOT .		LE LORIER....	
SÉZARY.		LEVY-SOLAL ..	
BASSET		METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE.

A MON FRERE EXIQUIO.

In memoriam.

A MA MERE.

A MES FRERES ET SŒURS.

A MA FAMILLE.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous agréer dans son service, secondant constamment nos efforts par sa cordiale bienveillance, et qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
Officier de la Légion d'Honneur.

Il fut le premier Français que nous ayons connu à Paris et, pendant de longues années, ne cessa de nous entourer de ses précieux conseils et de sa paternelle affection. Il nous a initié à la dermatologie, nous faisant découvrir le puissant intérêt qu'offre l'étude de cette branche, et nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le modeste hommage de notre très vive reconnaissance et de notre profonde admiration.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT,
Professeur de clinique à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Broussais,
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'élève et qui nous a toujours témoigné
tant de bienveillance.*

*Il fut pour nous le maître qu'on admire et
qu'on aime. Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse grati-
tude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BALINA

Professeur de clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Buenos-Ayres,
Médecin de l'Hôpital Ramos-Mejia,
Membre de l'Académie Nationale de Médecine.

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profond respect et l'hommage de
notre vive admiration.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

et, en particulier, à :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAQUEZ

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LARDENNOIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOUQUIN

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAINE

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FIDANZA,
Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
de la Faculté de Médecine de Rosario.

A MESSIEURS LES DOCTEURS PICHON, LAYANI,
Médecins des Hôpitaux de Paris.

A MESSIEURS LES DOCTEURS BILLARD,
RAYMOND LEVY (de REIMS), MASSOT (de RENNES),
Médecins des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
BLUM, CARTAUD, GARNIER, GOLE, LAFOURCADE,
PERIN, PEYRE, POUMEAU-DELILLE, RAGU,
Assistants à l'Hôpital Saint-Louis.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
CIVATTE, DREYFUS, GIRAULD, Jean MEYER,
RIVALIER et MADEMOISELLE ELIASCHEFF,
Chefs de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis.

A MES AMIS
AUBERT, DEGOS, LANGLOIS, LORTAT-JACOB,
LOUVEL, MAMOU, MERKLEN, MORICARD, PATTE,
RACINE, MADEMOISELLE RIOM,
Chefs de clinique à la Faculté.

A MES AMIS
BRUNET, MARCEL CACHIN, DAVID, FRESNAIS,
GROULIER, KATCHOURA, MEYER-HEINE,
PHAN, REGAUD, STEWART, TERRASSE,
Internes des Hôpitaux de Paris.

A TOUS MES AMIS

AVANT-PROPOS

Nous rapportons, dans ce travail, une série d'observations, inédites ou déjà publiées, qui ont permis à notre Maître, M. Milian, d'isoler, du groupe si confus des parakératoses, une affection qui réalise une véritable entité anatomo-clinique. C'est la maladie tri-symptomatique qui a été décrite pour la première fois en 1928. Depuis, des observations nouvelles sont venues confirmer les vues de M. Milian, basées sur une expérience de plus de quinze années, la première observation de cette maladie remontant en effet à 1918.

L'examen anatomo-pathologique permet d'individualiser des lésions très spéciales qui font que le Trisynndrome semble prendre une place naturelle entre le groupe des parakératoses et le pityriasis de Gibert. Nous verrons, lors de la discussion pathogénique, tout l'intérêt qu'il y a à individualiser cette nouvelle affection encore peu connue des dermatologistes et qui vient éclairer déjà partiellement le groupe si confus des états parakératosiques.

Qu'il nous soit permis, au seuil de ce travail, de remercier tout spécialement notre Maître, M. Milian, qui a bien voulu nous prodiguer, pendant plusieurs années, les précieux conseils de son expérience et mettre à notre disposition les observations si nombreuses et si précises recueillies dans son service.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre fidèle, profond et respectueux attachement.

HISTORIQUE

C'est Milian qui, le premier, en 1928, décrit une maladie cyclique, tri-symptomatique, probablement infectieuse. Il en donne les principaux caractères cliniques, les aspects anatomo-pathologiques et il en précise la pathogénie au cours d'une série de travaux parus dans la *Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie*. Depuis, L. Périn revient sur cette affection en décrivant de nouveau la maladie éruptive tri-symptomatique à évolution cyclique, Trisyndrome ou Maladie de Milian.

Surtout, lors de cette récente étude (1934), il insiste sur l'existence de formes cliniques particulières, sur le diagnostic différentiel, la pathogénie et le traitement de ce nouveau groupe dermatologique qui ne doit pas être confondu avec l'eczéma aigu, l'érythrodermie exfoliante, les éruptions dites séborrhéiques, les dermites artificielles ou médicamenteuses.

Ce sera par l'accumulation de nouvelles observations qu'on arrivera à préciser la pathogénie de cette affection, qui mérite de retenir l'attention des dermatologistes et des médecins par ses caractères très particuliers et par sa fréquence.

ETIOLOGIE

Le Trisyndrome de Milian est une affection relativement fréquente qui atteint les deux sexes, avec, peut-être, une légère prédominance chez l'homme (six observations chez l'homme, quatre observations chez la femme, d'après la statistique de Milian). Il apparaît surtout au cours de l'adolescence et de l'âge adulte. Cependant, on peut l'observer chez l'enfant et chez le vieillard.

Une des particularités étiologiques les plus caractéristiques est l'existence presque constante d'une porte d'entrée qui sert de point de départ à l'affection.

Le début de nos observations a été marqué, suivant les cas, soit par un impétigo, soit par une plaie infectée, soit par un eczéma infecté, soit par une dermite secondaire à une piqûre d'insecte, soit par une dermite médicamenteuse, soit enfin par une angine.

Le mode de début de l'affection, son évolution cyclique, la fréquence de séquelles infectieuses, telles que furoncles, pityriasis, abcès tubéreux, impétigo, etc..., sont des arguments en faveur de sa nature infectieuse et permettent de le considérer comme une véritable maladie éruptive.

L'agent de cette infection semble être le streptocoque. Une série d'arguments militent en faveur de cette hypothèse :

— apparition du Trisyndrome à la suite d'un impétigo streptococcique, d'une angine à streptocoques, etc...;

— présence du streptocoque constatée dans les médaillons, dans les nappes érythémato-œdémateuses et dans les vésicules de dysidrose ;

— résultat positif des intradermo-réactions aux lysats streptococciques chez les malades atteints de Trisyndrome ;

— terminaison de l'affection par une desquamation pityriasique dont la nature est le plus souvent streptococcique (Sabouraud).

Il existe là un ensemble de faits réellement troublants qui, par leur réunion, constituent des arguments solides en faveur de la nature streptococcique du Trisyndrome.

On peut se demander si la propagation de l'éruption se fait par une voie endogène ou exogène. Mais nous en sommes réduits, sur ce point, à des hypothèses.

OBSERVATIONS

Observation I. — Le nommé V..., facteur, âgé de 29 ans, vient consulter, le 3 avril, pour une plaque ovale siégeant à la région inguinale droite, qui existe depuis une vingtaine de jours et qui grandit lentement. Depuis une huitaine de jours, il est apparu des médaillons de la dimension d'une pièce de un franc, disséminés sur la totalité du corps.

La plaque inguinale initiale se présente comme une plaque de parakératose, c'est-à-dire comme une lésion de couleur rouge brunâtre un peu cuivrée, recouverte de squames minces et peu abondantes, d'apparence craquelée, à contour rosé, mais dont le centre est aussi coloré que la périphérie. Ces divers caractères nous font porter le diagnostic de parakératose et non celui de plaque initiale de pityriasis rosé.

Cependant il existe, sur le tronc et les membres, une série d'éléments, également en médaillons, qui sont survenus très postérieurement à l'apparition de cette plaque, longtemps isolée à la façon d'une plaque maîtresse de pityriasis rosé. Entre ces médaillons, il existe, sur le tronc, de nombreuses papules vésiculo-œdémateuses de la dimension d'une tête d'épingle, rouges, dont quelques-unes à tendance purpurique et d'autres à desquamation vésiculeuse périphérique. Les médaillons secondaires, d'ailleurs pas extrêmement nombreux, ont eux aussi, pour la plupart, l'aspect de lésions de parakératose. Ce sont, en effet, des éruptions très largement suintantes, avec soulèvement épidermique périphérique, ou bien des éruptions sèches. C'est sur les jambes qu'on trouve les médaillons érosifs les plus nombreux, surtout à la face externe, ce qui est sans doute en rapport avec le traumatisme du pantalon, le malade étant presque constamment debout.

A côté de ces médaillons parakératosiques et érosifs, on en trouve quelques-uns qui ont l'aspect typique des médaillons du pityriasis rosé, c'est-à-dire centre plissé, un peu jaunâtre, pourtour érythémateux. Il existe, en même temps, un léger début de dysidrose.

Le malade, refusant d'entrer à l'hôpital, se soigne chez lui en venant nous consulter de temps à autre.

Or, le 12 avril, l'affection initiale s'est fortement compliquée. La dysidrose est devenue considérable, avec soulèvement phlycténulaire de la paume des mains, de la face dorsale et de la face latérale des doigts. Les phlyctènes des mains sont suppurées. Le dos des mains est rouge avec desquamation vésiculeuse en îlots ou polycyclique. Les membres supérieurs sont gonflés avec rougeur scarlatiniforme, mais nombreux espaces de peau saine avec desquamation vésiculeuse ou polycyclique.

Sur le tronc, on trouve une même rougeur rosée suivant les lignes de la peau, qui n'est pas encore en nappes confluentes, sauf la partie postérieure des aisselles, la partie supérieure des fesses et des cuisses. A la face, il y a une vive rougeur avec gonflement des paupières et fine desquamation pityriasique. Le tronc, le menton et la pointe du nez sont indemnes. La plaque initiale du pli inguinal droit a grandi : elle a 13 cm sur 6 cm de hauteur. Elle est rouge vif, eczématiforme et est recouverte de croûtes impétigineuses. Les ganglions inguinaux sont volumineux, ainsi que les ganglions épitrochléens et cervicaux postérieurs. Les ganglions axillaires sont du volume d'une grosse noisette, surtout depuis trois ou quatre jours. Malgré cela, la langue est humide, normale. Il n'y a pas de rougeur de la voûte palatine.

La température était, le 11 au soir, de 38°2, alors que, les jours précédents, elle était de 37°2. Le malade raconte qu'il a, de temps en temps, des petits frissons. L'appétit est normal, les selles régulières.

Le 25 avril, l'éruption est éteinte. Il n'y a plus de rougeur sur la totalité du corps, mais il y a partout une desquamation, vésiculeuse ou lamellaire sur les membres et le tronc, pityriasique aux sourcils et à la moustache, en larges lambeaux à la paume des mains. La plaque inguinale initiale rouge violacée pityriasique est encore un peu excoriée aux plis. Il existe encore un peu d'œdème des paupières.

On trouve des abcès tubéreux dans chaque aisselle. Les ganglions inguinaux ont diminué de volume. La paume et le dos des mains restent rouges, mais non inflammatoires.

Le 28 avril, les abcès tubéreux persistent et il y a une grosse plaque croûteuse de pyodermite au creux poplité droit. La desquamation continue.

Le 3 mai, guérison à peu près complète des abcès tubéreux. La

plaque inguinale persiste, de coloration brune avec dilatations capillaires. La desquamation persiste à la face.

Au cuir chevelu, il y a un pityriasis à plaques très blanches, couvrant la totalité du crâne. Ces plaques épaisses et abondantes s'enlèvent avec les cheveux, comme dans la teigne amiantacée, mais il y a sous elles un léger suintement du cuir chevelu.

Le 17 mai, grâce à l'application de pommade à l'oxyde jaune de mercure, le pityriasis gras du cuir chevelu (*porrigo decalvans* d'Alibert) est en diminution. La plaque inguinale droite reste toujours un peu violacée et pityriasique. Les lésions eczématiformes des creux poplités persistent.

Ce malade est revenu dans le courant de juin, conservant toujours une certaine desquamation pityriasique générale, surtout à la face et au cuir chevelu, où les cheveux tombent notablement.

Le 5 mai, l'examen microscopique direct des squames a montré des staphylocoqués et des streptocoques, ceux-ci étant formés seulement de quatre éléments. La culture en bouillon des squames du tronc a montré des streptocoques en chaînettes.

Les cultures en gélose sucrée faites en partant de diverses régions et particulièrement du cuir chevelu, n'ont pas montré de champignons.

Le pus prélevé par ponction d'un abcès tubéreux de l'aisselle droite a montré du staphylocoque doré.

Observation II. — La nommée T... Lucienne, âgée de 17 ans, entre, salle Henri IV, pour une éruption datant d'une dizaine de jours.

Cette éruption consiste surtout en des croûtes jaunes, mellicériques, occupant la totalité des deux joues et une certaine partie du nez, en même temps qu'il existe une certaine tuméfaction de ces régions. Ces croûtes jaunes sont mêlées de quelques bulles d'impétigo du volume d'un grain de millet en moyenne. Il en existe, d'ailleurs, un certain nombre qui sont intactes et isolées à la périphérie de la plaque; il y en a quelques-unes également adhérentes sur le front et le nez. Le pourtour de la bouche et le menton sont indemnes.

Le membre supérieur droit est, lui aussi, très touché. Il est augmenté de volume, surtout à l'avant-bras et à la main. Au voisinage du pli du coude et au niveau de celui-ci, le gonflement est à son maximum, la peau est érodée, laissant à nu le derme suintant, et l'on trouve à la périphérie de nombreuses vésico-bulles. A la main droite le gonflement est à son maximum, surtout au dos de la main

qui est occupé par d'innombrables bulles de la dimension d'une tête d'épingle à une grosse lentille, accompagnées d'une certaine rougeur de la peau. Sur la face latérale des doigts, il existe une quantité innombrable de vésicules profondes dysidrosiformes, et l'ensemble de la main est tout à fait celui d'une dysidrose aiguë; la main gauche a le même aspect moins accentué, de même que le membre supérieur gauche présente au pli du coude des lésions érosives analogues à celles du côté opposé, mais beaucoup moins accentuées. Sur le tronc il existe une série de taches rougeâtres en médaillon, un peu analogues aux médaillons du pityriasis rosé de Gibert, mais de coloration rouge brunâtre avec une légère desquamation grasse à leur surface. Sur certains de ces éléments, il existe une vésico-bulle centrale affaissée, donnant l'impression de l'érythème iris.

Aux membres inférieurs, il existe des papulo-vésicules rougeâtres, surtout nombreuses à la région malléolaire, au dos du pied, à la face antérieure des genoux. Il existe peu de vésicules.

Les divers appareils (cœur, poumons, système nerveux) sont normaux. La séroréaction de Bordet-Wassermann est négative à l'entrée. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Il existe un léger mouvement fébrile aux environs de 37°4.

Le 24 juin, soit dix jours après l'entrée de la malade, l'éruption du tronc s'est très étendue; sur le dos, une rougeur diffuse avec petits intervalles de peau saine et qui rappelle son origine en « taches de roséole ». Cette rougeur est surmontée, la plupart du temps, d'une multitude de pustules et, en d'autres points, d'une desquamation grasse. Aux fesses, il existe une rougeur diffuse avec quelques petits points de desquamation vésiculeuse. Aux membres inférieurs il existe une rougeur diffuse, cyanotique avec médaillons d'aspect analogue à celui du dos. Aux membres supérieurs, le gonflement persiste toujours très violent, avec suintement comme dans l'eczéma.

Les mains desquament par lambeaux et montrent un certain état eczématiforme du dos de la main. La face desquame en squames grasses et lamelleuses, il existe des médaillons rouge sombre sur le fond jaunâtre de la peau comme dans la parakératose à forme de pityriasis rosé de Gibert.

Le cuir chevelu montre, également, des squames grasses. L'éruption n'est pas prurigineuse,

Le 19 juin, l'équilibre leucocytaire a donné les chiffres suivants :

Polynucléaires	85
Moyens mononucléaires	6
Lymphocytes	8
Eosinophiles	1



OBS. II. — Impétigo du visage. Médailles du tronc et des membres.
Nappe érythémato-œdémateuse de l'avant-bras droit. Dysidrose (fig. 1).

Les jours suivants l'éruption ne fait que s'accroître, et au lieu de médaillons séparés elle devient plus confluyente en même temps que la fièvre s'élève, et un jour même, le 25 juin, elle atteint 39°4 le soir.

Le 27, l'éruption est, pour ainsi dire, généralisée sous forme d'un érythème où l'on distingue encore quelques médaillons séborrhéiformes et où l'on trouve, de place en place, des croûtes mellicériques. La malade, malgré l'extension de l'éruption, sort de l'hôpital sur sa demande. Notons, enfin, que la malade qui pesait 49 kg. 200 à son entrée, pèse encore 49 kg. 200 à la date du 22.

Cette jeune fille était entrée le 8 avril à l'hôpital Broca pour des pertes vulvaires jaunes abondantes, des boutons au visage, analogues à ceux pour lesquels elle était venue ici, et une éruption vulvaire. Elle fut mise au traitement par le 914 et reçut successivement, en injections intraveineuses : 0,15 le 8 avril; 0,30 le 15; 0,45 le 22; 0,60 le 29; 0,60 le 6 mai; 0,75 le 13 mai; 0,75 le 20 et 0,90 le 29 mai.

À la deuxième injection de 0,75, le bras enfla considérablement, une partie de l'injection ayant été, par inadvertance, répandue dans le tissu cellulaire sous-cutané, et non dans la veine. La dernière injection de 0,90 se passa sans incident. C'est huit jours après celle-ci que l'éruption se déclara au bras et à la face, celle-ci ayant été atteinte, d'ailleurs, à l'entrée de la malade à l'hôpital, c'est-à-dire que l'impétigo existait avant le traitement par le 914.

Cliniquement : Cette jeune fille a donc présenté un impétigo de la face, une éruption dysidrosiforme des mains, une éruption en médaillons analogue au pityriasis rosé et en dernier lieu, un érythème diffus surmonté, par maints endroits, de vésicules assez grosses et de croûtes mellicériques.

La succession de ces accidents a été la suivante : impétigo de la face, œdème et éruption dysidrosiforme des mains, éruption généralisée en médaillons, érythème diffus, en même temps que peu à peu et parallèlement la température s'élevait pour atteindre 39°4 le 25 juin.

Il est donc logique de penser que ces diverses éruptions qui ont été précédées d'impétigo, sont dues à la même cause, c'est-à-dire au streptocoque sans doute déclenché par l'action biotrope du 914.



Obs. II. — Main avec vésicules et bulles dysidrosiques (fig. 2).

Observation III. — Mme Madeleine S., 42 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis pour une dermatose généralisée. Il y a 6 semaines cette malade, qui exerce la profession de blanchisseuse, a eu un impétigo du pied droit traité par son médecin, qui prescrit des applications d'alcool iodé. Les lésions ont régressé, mais huit jours plus tard, elles réapparaissent et l'on porte le diagnostic de mycose. L'application d'une pommade avec de l'acide salicylique entraîne des brûlures vives et n'empêchent pas l'évolution de la dermatose.

A l'entrée à l'hôpital, le 12 décembre, le pied droit apparaît enflé, la peau des orteils et de la plante du pied a un aspect blanchâtre, macéré; sur la partie antérieure du cou-de-pied, il existe quelques petites vésicules avec de fines squames. Sur les premier, deuxième et troisième orteils, on remarque des érosions à contour polycyclique. A la base du troisième orteil, il existe une bulle de 5 $\frac{m}{m}$ de diamètre. On note, en outre, l'existence de périonyxis d'allure inflammatoire avec un petit bourrelet d'infiltration aux deuxième et troisième orteils. A la face interne de tous les orteils l'épiderme a un aspect blanchâtre.

Il existe, en outre, une poussée vésiculaire sur l'éminence thénar droite avec de nombreuses altérations osseuses de l'index gauche.

Le 14 décembre, la température monte à 38°; une grosse éruption survient, constituée par des papules érythémateuses prurigineuses prédominant aux membres, à la face d'extension des cuisses surtout. Ces éléments ont la dimension d'une lentille. Par endroits, ils sont presque confluents. Aux mains, en particulier à la paume, il existe de nombreuses vésicules et de grosses bulles.

Le 15 décembre, la malade aurait fait une poussée nouvelle à gauche entre les premier et deuxième orteils. La dermatose s'étend en suivant les plis de la peau.

Le 17 décembre, l'éruption est assez caractéristique. Les cuisses sont recouvertes de vastes médaillons avec parakératose. Au cou, il y a de petites vésicules. Les genoux et la face postérieure des cuisses sont le siège d'une éruption confluent. Le pied droit est le siège d'une plaque de lymphangite qui gagne la moitié inférieure de la jambe.

Le 22 décembre, à la main, il y a des bulles d'une dermite sèche sans phénomènes inflammatoires. Par contre, les placards rouges deviennent importants à la face antérieure des cuisses où les médaillons confluent. Tous les autres médaillons persistent.

Le 25 décembre, les lésions érythémateuses des cuisses s'étei-

gnent. La desquamation des plaques commence. La cuisse droite est couverte de croûtes impétigénisées. Aux mains, il existe de vraies bulles d'impétigo en activité et des reliquats de bulles et phlyctènes sous la forme de dermite rose entourée d'un soulèvement épidermique de forme ronde et polycyclique.

A l'examen direct, les phlyctènes des pieds n'ont montré aucun champignon.

L'examen des frottis des bulles montre :

a) Au pied gauche, de nombreux diplocoques à Gram + et —, ces derniers étant encapsulés, de nombreux cocci à Gram + et quelques streptocoques à Gram positif, des polynucléaires et des chaînettes à quatre ou cinq éléments.

b) A la main gauche, polynucléaires et quatre éléments en chaînette.

Le 4 janvier, l'éruption est complètement éteinte. Il ne reste plus que quelques macules violacées, reliquat des médaillons et des zones rouges.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

En résumé : Chez cette malade on a assisté à l'évolution de médaillons parakératosiques, d'infiltration en placards érythémateux, de larges bulles de dysidrose à la paume et à la plante des pieds. Il s'agit d'un cas de Trisyndrome dans lequel les examens de laboratoire ont mis en évidence le germe causal : le streptocoque.

Observation IV. — M. Charles, âgé de 23 ans, chauffeur, entre à l'hôpital Saint-Louis, pour des lésions cutanées généralisées à tout le corps, mais particulièrement abondantes à la face interne des cuisses.

Le tout s'est développé, il y a trois semaines, sans phénomènes généraux notables ni accidents pathologiques quelconques. Il aurait eu, auparavant, des manifestations cutanées eczémateuses, il y a sept ans, sur le dos des deux mains pendant une quinzaine de jours et, il y a trois ans, sur les mains et les bras pendant son séjour au régiment, cette dernière dermatose ayant duré deux mois.

Les lésions auraient débuté par de petites vésicules aux avant-bras, très prurigineuses, suintant rapidement un liquide trouble concrété en croûtes jaunâtres. Et après huit jours, des éléments

analogues seraient apparus aux cuisses, aux mollets, au tronc, aux bras, au cou, à la face, toujours très prurigineux, suintant abondamment. Il n'y avait aucun symptôme général et il n'y aurait pas eu de fièvre.

A l'entrée du malade à l'hôpital on constate, disséminés sur tout le corps, sans systématisation appréciable, des éléments érythémateux en médaillon, de la dimension d'une lentille à une pièce de cinquante centimes, plissés à leur surface et ressemblant au pityriasis rosé. Il existe, en outre, quelques vésicules rosées qui desquamant.

On trouve, en outre, des plaques érythémateuses à contours émiettés surmontées de squames croûtes mellicériques et des squames épidermiques blanchâtres ou plissées, à la face interne des deux cuisses.

Le troisième élément du Trisynndrome consiste en de nombreuses vésicules du volume d'une grosse tête d'épingle, translucides, sans réaction inflammatoire périphérique, analogues aux vésicules de dysidrose et siégeant sur le dos des mains et sur les faces latérales des doigts. Il existe quelques petits ganglions inguinaux-cruraux. On ne trouve rien d'anormal aux organes génitaux. Les viscères paraissent normaux; on relève seulement une légère dépapillation à la pointe de la langue. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

La réaction de Wassermann est négative.

La température se maintient aux environs de 37°2.

Une biopsie est pratiquée le 7 février, d'un élément dysidrosique du cinquième doigt.

Le 3 février, la température monte à 37°5 et s'y maintient jusqu'au 8, où la température s'élève subitement à 39°5 et où l'on constate une angine pultacée bi-latérale qui est responsable de cet accès de fièvre.

Le malade a été mis aux badigeonnages de cristal violet depuis le 4 février, et l'on constate que l'éruption est en voie d'atténuation. La température retombe à la normale ou plus exactement aux environs de 37°2 et 37°4. Le 11 février, le malade sort, après consultation, guéri de son éruption.

Observation V. — Gab..., âgé de 19 ans, vient pour des lésions cutanées généralisées dont le début remonte à trois semaines, par une petite tache rosée siégeant à la partie supérieure de la cuisse



OBS. V. — Desquamation vésiculeuse de l'aisselle. Remarquer les collerettes épidermiques, résultat de la rupture de vésicules desséchées (fig. 3).

qui, peu à peu, s'accompagna de taches analogues en d'autres points du corps pour se généraliser en huit jours. Cette tache initiale, qui se voit encore, a l'aspect d'une plaque arrondie analogue au pityriasis rosé.

L'éruption générale se compose :

a) De papulo-vésicules rosées de la dimension d'une tête d'épingle à une lentille, extrêmement nombreuses;

b) De plaques érythémato-squameuses résultant de la confluence des papulo-vésicules, plus ou moins étendues, particulièrement à la face interne des cuisses. Ces plaques forment à la face externe des bras, des nappes avec quelques petits îlots de peau saine. Il y existe une desquamation vésiculeuse ou polycyclique, surtout aux aisselles;

c) En quelques points, de médaillons de la dimension moyenne d'une pièce de deux francs, de couleur chamois, à bords légèrement surélevés, rappelant le pityriasis rosé;

d) De vésicules dysidrosiques nombreuses mais peu volumineuses aux mains, sur les faces latérales des doigts.

Cette éruption est fortement prurigineuse.

Il n'y a chez ce malade aucune lésion viscérale. On trouve seulement quelques petits ganglions cervicaux et inguinaux. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines. La température qui était de 38° à l'entrée, est tombée à 37° deux jours après et le malade sortit guéri le 10 mars, soit après trente-cinq jours de maladie, conservant une légère coloration jaunâtre et une desquamation un peu grasse.

L'examen du sang a fourni les résultats suivants :

G.R. : 6.300.000; G.B. : 6.400; Hémoglobine : 85 %; Polynucléaires : 60; L. et Mono : 36,5; Poly. éosinophiles : 3; Myélocyte neutrophile : 0.5.

Les examens bactériologiques ont donné, pour le médaillon de la région lombaire :

Examen direct : cocci;

Cult. Bouillon pipette : staphylocoque, streptocoques en chaînettes de quatre cocci; bacilles en chaînette;

Nappe diffuse avant-bras : idem.

Observation VI. — Mme L... B., âgée de 32 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis pour une dermatose généralisée, constituée par des lésions d'eczéma et par une éruption érythémateuse.

A la figure, il existe un certain degré d'œdème autour de lésions parakératosiques; à la partie supérieure et inférieure du visage, il y a des croûtes d'aspect mellicérique; en outre, il y a quelques vésicules.

Aux avant-bras, les lésions sont à peu près analogues, mais elles ne s'accompagnent pas d'œdème; elles sont plus sèches et siègent au niveau d'anciennes brûlures.

A la main gauche, sur les faces latérales des doigts, on note de nombreuses vésicules profondément enchâssées dans le derme.

Sur le tronc, l'éruption est érythémateuse, formée de macules de la dimension d'une grosse lentille; dans le dos, les éléments sont plus importants et disposés suivant les plis de la peau.

Il existe quelques médaillons particulièrement nets.

Enfin, on est frappé par l'existence de kératose pileaire et par la présence de papules de prurigo largement disséminées.

A la face antérieure des cuisses, les macules confluent par places, constituant des nappes érythémato-œdémateuses que l'on rencontre également aux membres supérieurs.

A la face antérieure de la jambe gauche, existe un placard d'eczéma ancien.

Ce sont ces lésions qui remontent à un mois et ce n'est que depuis cinq jours que les autres manifestations cutanées sont survenues.

Les antécédents personnels et héréditaires de cette malade ne révèlent rien d'anormal.

L'examen général et viscéral ne montre aucun signe pathologique. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

Quinze jours plus tard, persistance d'une rougeur diffuse du visage, surmontée d'une fine desquamation.

Traitée par le sérum antistreptococcique, les lésions s'amendent extrêmement rapidement en moins de dix jours et il persiste seulement quelques lésions eczématiformes des avant-bras.

Observation VII. — Le nommé M. Louis, livreur-monteur, âgé de 37 ans, vient pour une éruption généralisée ayant débuté dans la nuit du 26 au 27 janvier. Il a été réveillé, cette nuit-là, par une démangeaison du coude droit, qui s'accompagna de quelques « boutons ». Pendant deux jours, l'affection s'en tint à cette seule manifestation, puis, dans la nuit du 28 au 29, l'éruption se généralisa

à la totalité du corps et de la figure. Il consulta alors un médecin, qui le mit au régime lacto-végétarien, à l'eau d'Alibour et aux lotions d'eau de guimauve.

Lorsqu'il se présente à l'hôpital Saint-Louis, le 2 février, il a, sur le thorax et l'abdomen, une quantité considérable de vésicules assez volumineuses, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, avec une légère bordure rosée. Ces vésicules sont la plupart du temps isolées, et elles sont distribuées suivant les lignes de la peau. Un certain nombre se groupe en petites constellations. Sur les fesses, les cuisses, les membres inférieurs, le fourreau de la verge, il y a également quelques vésicules, mais beaucoup moins confluentes. On trouve, en outre, disséminés parmi ces vésicules, quelques médaillons de la dimension d'une pièce de cinquante centimes environ, rosés, à bords un peu irréguliers, légèrement squameux, dont certains présentent une vésicule à leur centre. Il y en a une cinquantaine sur le tronc et la racine des bras.

Aux membres supérieurs, aux coudes, il existe une vaste nappe rouge, eczématiforme, à contours un peu irréguliers et émiettés, recouverte en bien des points d'une desquamation lamelleuse, un peu grasse, avec un certain gonflement de la région.

Sur le visage, il existe de nombreuses vésicules avec nombreuses croûtes mellicériques d'apparence eczématiforme. Il existe, en outre, une légère bouffissure de tout le visage.

Cette éruption est très prurigineuse.

Il existe quelques ganglions inguinaux, cruraux et axillaires un peu douloureux.

Il existe, en un mot, comme caractéristiques de cette affection : de grosses vésicules, des médaillons érythémateux, légèrement squameux avec vésicule centrale, des nappes eczématiformes, légèrement spongoïdes et des surfaces à croûtes mellicériques impétiginiformes.

Cet homme ne présente rien d'anormal à la bouche, ni à la gorge; cœur et poumons sont normaux; les réflexes rotuliens, achilléens, pupillaires, sont normaux.

Cet homme aurait eu, il y a quelques années, une lésion pulmonaire droite. Il n'a jamais eu d'antécédents cutanés et c'est là sa première éruption.

Sa femme est bien portante. Il a une fille de onze ans, bien portante. Sa mère est internée. Il a un frère bien portant.

Le malade est mis à la théobromine à la dose de 1 gr. 50 par jour en trois cachets de 50 cgr., sans traitement local.

Le lendemain, 3 février, le malade se plaint d'avoir eu, durant la nuit, un prurit d'une violence inouïe. « C'était du feu, disait-il, je ne pouvais dormir ».

Les éléments éruptifs ne paraissent pas aussi nombreux que la veille, mais la plupart des vésicules se sont allongées en même temps que la zone érythémateuse qui les bordait, en petits médaillons dirigés suivant les lignes de la peau; ces médaillons ont $1 \frac{1}{2}$ mm à $1 \frac{1}{2}$ mm de long sur $5 \frac{1}{2}$ mm de large; ils sont roses et recouverts d'une multitude de fines pustulettes qu'il faut examiner de bien près pour les discerner exactement. Certains médaillons ont une plus grosse vésicule centrale qui forme croûtelles par endroits.

Les oreilles sont rouges et gonflées et possèdent d'assez nombreuses vésicules. La nuque est très prise et couverte d'éléments très confluents.

Le 4 février, les lésions des coudes et des avant-bras se sont étendues, mais sont, peut-être, un peu moins inflammatoires d'apparence. Le dos des mains est très œdémateux, couvert de multiples vésicules.

Sur le tronc, les médaillons à pustulettes très fines sont devenus plus nombreux. Le visage est toujours dans le même état, couvert de croûtelles impétiginiformes.

Les oreilles sont toujours rouges et gonflées.

Le 5 février, le prurit est toujours violent. L'éruption persiste à peu près identique, mais il existe de nombreuses bulles dysidrosiformes.

Les examens du sang ont donné les résultats suivants, le 6 février :

G.B.	8.200
G.R.	4.740.000
Tallquist (hémoglobine)	80
Neutro	80
Eosino	1
Grands mono	1
Moyens mono	0
Lymphocytes	18

Le 8 février, les mains, surtout la gauche, sont très œdématisées. Il existe, en outre, de nombreuses bulles purulentes d'impétigo sur le dos de chacune d'elles.

L'éruption dysidrosiforme des mains est très accentuée.

Les médaillons du tronc sont couverts de croûtes mellicériques et de fines vésiculo-pustules.

La rougeur des bras s'éteint légèrement.

Le prurit a notablement diminué.

Le 11 février, bien qu'il n'ait été fait aucun traitement local, l'éruption est en voie d'amélioration; les médaillons sont presque entièrement effacés, mais laissent partout un reliquat de croûtes mellicériques. Le visage blanchit, les avant-bras sont dégonflés; par contre, les mains sont toujours œdémateuses sur le dos, remplies de bulles purulentes d'impétigo et de bulles dysidrosiformes sur les faces latérales des doigts. Il semble, cependant, que les réactions inflammatoires sont en diminution.

Le 13 février, les avant-bras suintent abondamment, surtout le gauche et ont toute leur surface érodée eczématiforme. Les mains sont remplies de bulles purulentes et de décollements épidermiques. Sur le tronc, il existe encore des croûtes et des rougeurs en médaillons, ainsi que quelques fines croûtelles analogues à celle du prurigo et un certain degré d'état craquelé de la peau.

Etant données les érosions, les bulles purulentes, nous engageons ce malade à entrer à l'hôpital pour y prendre des bains de permanganate de potasse. Les lésions persistent surtout aux oreilles rouges, œdématisées, recouvertes de croûtes mellicériques, et aux avant-bras. Partout ailleurs, les lésions sont en régression.

La température oscille entre 37°2 et 38°.

Les bains de permanganate et les applications aux oreilles ont considérablement soulagé le malade, qui, le 21 février, s'acheminait vers la guérison. Il est mis au glycérolé d'amidon pour réparer les craquelures de la peau. Mais ce produit amène rapidement des lésions folliculaires et pustuleuses au tronc et sur les cuisses.

Le glycérolé d'amidon est supprimé et remplacé par la pâte de zinc qui agit bien et répare la peau. Des abcès tubéreux surviennent à l'aisselle droite le 1^{er} mars. Enfin, le malade sort de l'hôpital le 13 mars, complètement guéri.

Observation VIII. — Le nommé Léon C..., marchand des quatre-saisons, âgé de 32 ans, entre le 11 janvier à l'hôpital Saint-Louis, pour une éruption généralisée ayant commencé huit jours auparavant. Il était antérieurement bien portant, et présentait seulement à la face interne de l'avant-bras droit « une plaque d'eczéma ».

L'éruption commença sur la face, sous forme de petites papules prurigineuses, suintantes. Le 8 janvier, apparut sur le visage également, un œdème très marqué autour des yeux, avec une bouffissure telle que le malade avait peine à écarter les paupières et à voir



OBS. VIII. — Lésions impétigineuses et pityriasiques de la face (fig. 4).

clair. Cet œdème dura trois jours, puis les phénomènes éruptifs du visage rétrocédèrent. Le 10 janvier, après une purgation de sulfate de magnésie, 30 grammes, l'éruption se généralisa à la totalité du corps.

A l'entrée du malade à l'hôpital, il existe, à la face, une bouffissure marquée. La peau est rouge et recouverte de squames, croûtes jaunâtres, et de squames blanchâtres d'une surface restreinte. Les squames occupent la plus grande partie du visage, tandis que les squames croûtes mellicériques sont localisées en des points limités : sourcils, base du nez, moustache, menton, partie inférieure de la joue gauche. Ces croûtes donnent tout à fait l'apparence de croûtes d'impétigo; certaines sont rondes, comme résultant de la dessiccation d'une bulle. Les oreilles sont rouges, les lobules particulièrement, où il existe des croûtes confluentes. A la nuque, il existe de la rougeur diffuse ainsi que des croûtes assez épaisses rondes, absolument impétiginiformes.

Sur le thorax, il existe un grand nombre de petites papules rosées qu'on retrouve également aux bras. Aux avant-bras, au contraire, il existe un vaste placard rouge, suintant, eczématoïde. A droite, le placard a une longueur de 10 à 12 cm sur 5 cm de large. A gauche, la lésion est plus discrète et intéresse un peu le coude.

Aux mains, il existe un œdème marqué de la face dorsale, avec bulles impétigineuses surtout dans les espaces interdigitaux. La face palmaire est, au contraire, indemne.

Les membres inférieurs sont également indemnes.

Il existe des lésions croûteuses au pubis et au scrotum.

Cette éruption donne l'impression d'un eczéma compliqué d'impétigo, à un premier examen superficiel. Mais à l'analyse, surtout en présence des lésions de la face qui représentent, d'une part, des croûtes d'impétigo et, d'autre part, une desquamation pityriasique, l'impression qui se dégage est qu'il s'agit d'un impétigo avec pityriasis streptococcique secondaire. A la nuque on ne peut davantage parler d'eczéma, car l'impétigo y est trop caractéristique.

L'état général du patient est satisfaisant. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. Il n'y a pas d'amaigrissement. Le cœur et les poumons sont normaux. Les réflexes rotuliens, achilléens et pupillaires sont également normaux. La séro-réaction de B.W. est négative. Le poids du patient est de 53 kg. 500; la température s'élève à 37°, voire même 37°6, mais il n'y a, en réalité, pas de phénomènes fébriles bien accusés. Les antécédents personnels du malade ne révèlent rien d'important. Le malade est marié et père

de trois enfants bien portants. Ses parents sont également bien portants. Il a également deux frères bien portants.

Le 14 janvier, l'éruption du tronc est plus caractérisée. De nombreuses papules se sont élargies en taches érythémateuses plus ou moins allongées avec, au centre, une formation vésiculeuse typique rare, mais le plus souvent une croûte jaunâtre ou noirâtre au pourtour de laquelle il existe un léger soulèvement épidermique. Toute cette éruption du tronc suit les lignes de la peau. Les plus grands de ces éléments érythémato-vésiculeux, très allongés, suivant les mêmes lignes de la peau, se présentent comme de véritables médaillons rappelant le pityriasis rosé de Gibert et orientés comme ceux-ci également, suivant les lignes de la peau. Mais on n'y trouve pas l' amincissement central du médaillon, son plissé, la couleur jaune chamois, la couleur rosée de la périphérie et la desquamation épidermique périphérique.

Il est à noter qu'à cette date du 14 janvier, il est apparu, également, une éruption dysidrosiforme considérable des mains. La verge est également rouge avec légère desquamation et gonflée. L'état spongoïde des avant-bras est beaucoup plus accusé.

Le 19 janvier, le visage est moins rouge, mais recouvert de nombreuses squames pityriasiques. Il y a des croûtes autour des oreilles. Sur le tronc, les médaillons s'éteignent. Sur les avant-bras, le gonflement a diminué et il existe une desquamation en collerettes circulaires ou polycycliques, surtout marquées aux plis du coude et reliquats de la rupture de grosses vésicules ou vésico-bulles avortées. A la face postérieure du coude, il existe, au contraire, beaucoup plus de croûtes. A la face antérieure des avant-bras, jusque sur la face palmaire de la main, on retrouve cette desquamation phlycténulaire. La paume de la main elle-même montre un épiderme épaissi, un peu soulevé par places, en imminence d'exfoliation, fissuré dans les plis importants ou blanchâtre dans certains autres. Les pieds sont normaux. L'état général du malade est toujours bon. La température est au-dessus de 37°. La langue est humide, non saburrale. Le malade augmente de poids, il pèse 55 kg. 500 au lieu de 52 kg. 500 à l'entrée.

A dater du 21 janvier, il se déclare un mouvement fébrile, léger, à fièvre intermittente, 37° ou 37°5 le matin et 37°9, 38°4 le soir. Ce mouvement fébrile correspond, comme nous le verrons plus loin, à une évolution articulaire qui n'a pas attiré notre attention à ce moment.

Le 26 janvier, tous les éléments du tronc desquament irrégulièrement, laissant un centre brunâtre. On distingue, cependant, un

peu partout, la desquamation en collerette périphyrique du médaillon.

Le malade se plaint de souffrir des articulations depuis quelques jours. Le genou gauche est globuleux, atteint d'une hydarthrose notable. Il existe, en outre, de la névralgie intercostale gauche postérieure, au niveau du dernier rebord costal.

Cette hydarthrose mono-articulaire douloureuse, éveille immédiatement l'idée d'un pseudo-rhumatisme infectieux, d'autant plus que le malade n'a jamais souffert des articulations. On trouve à l'expression du canal uréthral, une gouttelette purulente, dans laquelle on ne trouve pas de gonocoques. Le malade est mis au traitement, chaque jour, par 2 grammes d'aspirine et 3 grammes de salicylate de soude et, assez rapidement d'ailleurs, les phénomènes articulaires rétrocedent et la fièvre, à la date du 28 janvier, se maintient au-dessous de 38°5. A cette date, le malade a encore augmenté d'un kilogramme et pèse 56 kg 500.

Le 1^{er} février, il apparaît, à la face interne du grand droit, une masse inflammatoire phlegmoneuse, empâtée, de la surface d'une pièce de cinq francs prolongée en haut et en bas par une zone inflammatoire empâtée donnant l'impression d'une phlébite. Il n'y a d'ailleurs, pas d'engorgement ganglionnaire; les ganglions ne sont ni gros, ni douloureux. Il existe, à la paume de la main, une ulcération d'où s'écoule du pus, ainsi qu'à la base du médius, dans le pli articulaire. Le pus qui s'écoule de là est de couleur rougeâtre, chocolat.

Le 9 février, les téguments sont complètement détergés, l'éruption a à peu près complètement disparu, grâce aux bains de permanganate qui ont été administrés au patient, sans aucun traitement local, les collections purulentes persistent encore, celle de la base du métacarpien forme fistule. Celle de la face interne du bras droit s'est ulcérée, donnant un vaste clapier avec débris bourbillonneux et suppuration, mais l'empâtement sus et sous-jacent a disparu.

A la face, il existe seulement de la desquamation.

Le poids du patient est descendu à 52 kg 800 le 3 février, il est à 52 kg. 100, le 10 février. L'ulcération de la paume de la main, au 2 février, est allongée dans le pli de position du pouce et déchiquetée, à bords décollés, à fond irrégulier comme on l'observe dans le chancre mou, mais la recherche du bacille de Ducrey et l'auto-inoculation sont restées négatives.

A cette date, la collection du bras droit a d'autant plus l'air d'une phlébite que la pression des zones périphériques n'amène pas de douleurs comme dans l'érysipèle.



ORS. VIII. — Desquamation phlycténulaire de la paume de la main.
Desquamation en lambeaux et croûtelles impétigineuses
de l'avant-bras (fig. 5).

Le 5 février, l'ulcération allongée, suppurée de la paume de la main droite, chancrelliforme se déterge.

La fistule de la base du médius droit donne toujours issue à du pus fluide, rouge-brun, ensemencé sur milieu sucré. La lésion de la face interne du bras droit est ulcérée, anfractueuse, presque gangréneuse, avec débris bourbillonneux, pus verdâtre, recouverte de membranes épidermiques décollées.

Ces ulcérations sont, comme le chancre mou, très douloureuses au moindre attouchement. Il n'y a pas de ganglions correspondants. A l'avant-bras droit, il existe un groupement syphiloïde de dix croûtes jaunes, plates, d'impétigo, de la dimension d'une lentille à un franc, desséchées ou presque desséchées.

Au sommet du coude gauche, il existe une croûte noire, ronde de cinquante centimes, ecthymatiforme, comme un chancre syphilitique croûteux. Il y en a une petite au-dessous. Sur l'avant-bras gauche et le dos de la main, il existe des papules de prurigo excoりées. L'auto-inoculation faite au bras gauche, il y a quatre jours, a donné une pustulette comme une lentille. Sur les bourses, il existe quatre érosions purulentes. Sur le dos du pied gauche, il existe des ulcérations ecthymatiformes, putéiformes. Le genou est guéri, il ne reste plus de gonflement. Il n'y a plus de trace de goutte uréthrale, le malade ayant été mis aux lavages au perman-ganate dès l'apparition de celle-ci.

On voit, en un mot, qu'il s'est déclaré successivement une série d'ulcérations de tous genres, impétiginiformes ou ecthymatiformes, manifestement d'origine infectieuse. Il va sans dire qu'à cette date, toute éruption a disparu.

Le 17 février, les ulcérations du membre supérieur sont guéries, mais il est apparu, sans fièvre, sur la jambe droite, trois ulcérations profondes, siégeant à la face interne du mollet, assez distantes les unes des autres, ayant un aspect syphiloïde très caractérisé : l'une circulaire, de la dimension d'une pièce de deux francs; une autre également circulaire, de la dimension d'une pièce de un franc; une troisième, polycyclique, de la dimension d'une pièce de cinq francs. Sur la jambe gauche, devant l'insertion du tendon rotulien, il existe, également, une ulcération arrondie de la dimension d'une pièce de deux francs. Ces ulcérations ont tellement l'aspect syphiloïde, qu'une nouvelle réaction de Wassermann est pratiquée, mais négative, à la date du 18 février.

Le 26 février, ces ulcérations sont en voie de cicatrisation par les seuls soins externes et le malade sort de l'hôpital, sans fièvre, bien portant, pesant 53 kg.

Numération globulaire, le 20 janvier, au moment de la défervescence de l'éruption, deux ou trois jours avant l'apparition de l'arthropathie : G.R. 4.640.000; G.B. 5.400; poly. neutro, 58; grands monos, 1; moyens monos, 6; lymphos, 29; éosinophiles, 6.

Le 5 février, le pus de la main est examiné. Sur les frottis, colorés au gram, on trouve un diplocoque allongé, souvent encapsulé, analogue au pneumocoque et un bacille fin irrégulier assez analogue au fusiforme ou un peu renflé à son extrémité.

Une souris inoculée avec ce pus est restée malade deux jours, mais a survécu, ce qui semble indiquer que ce diplocoque n'a rien à voir avec le pneumocoque.

Une auto-inoculation faite le 5 février, avec le râclage de l'ulcération de la paume de la main, a donné une pustule dans le pus de laquelle on a trouvé le même diplocoque, un diplobacille et un bacille en palissade.

L'ensemencement du pus de la main, sur gélose simple et sur gélose sucrée, donnait, le 5 mars, soit un mois après, de nombreuses colonies dont aucune n'avait l'apparence de mycose. Mais, par contre, on trouvait des colonies en cocarde à trois cercles concentriques où l'on trouvait un bacille en palissade et des formes en massues ou virgules isolées ou bout à bout, un bacille suivi d'une massue, ou deux massues accolées par leur pointe.

Observation IX. — La nommée H... Maria, âgée de 21 ans, sans profession, entre à l'hôpital Saint-Louis (salle Henri IV), le 13 janvier, pour une plaie qui s'est secondairement compliquée d'éruption généralisée.

Vers le 1^{er} décembre une engelure de la région rétromalléolaire droite, grattée et mal pansée, s'infecte et bientôt, des « cloques » viennent compliquer cette engelure initiale. A l'entrée de la malade, il y avait, dans la région rétromalléolaire droite, une ulcération creuse à peu près arrondie, entourée d'une rougeur diffuse érosive de la partie toute inférieure de la jambe et du dos du pied, érosion suintante limitée par un épiderme décollé. Quelques bulles erratiques ont, également, laissé des érosions en divers points du pied.

Vers le 25 décembre, se développe l'éruption générale actuelle qui se compose :

1° D'un pityriasis sec, abondant sur la*totalité du visage;

2° D'une série de médaillons érythémateux légèrement vésiculeux distribués sur le tronc suivant les lignes de la peau;

3° De nappes érythémato-squameuses régionales, avant-bras surtout, dont les surfaces arrondies de peau relativement saine montrent le début par des médaillons, et où l'on trouve des squames arrondies d'origine vésiculeuse.

Il y avait un prurit notable. La fièvre qui s'élevait à 38° et 38°2, le soir, à l'arrivée de la malade, tombe bien vite à 37°5 et, en douze jours, était normale. Il n'y avait ni sucre, ni albumine dans les urines. La réaction de Bordet-Wassermann était négative. Le poids de la malade, à 46 kg. 800, le 18 janvier, était à 47 kg. 300, le 25 janvier et 48 kg. 300 le 1^{er} février.

Le 27 janvier, par des pansements humides et des applications de solutions alcooliques de cristal violet, les lésions du pied étaient presque guéries, sauf quelques croûtes d'impétigo. L'éruption du corps est en décroissance. Le membre supérieur gauche, soigné au cristal violet, ne démange plus et va mieux que le droit, laissé à lui-même. Sur la paume des mains, desquamation vésiculeuse et polycyclique.

Enfin, le 8 février, l'éruption a disparu, laissant à sa place une teinte jaunâtre un peu ecchymotique.

Observation X. — Entre à Saint-Louis une femme de 27 ans et demi pour des lésions des mains datant de 15 jours, et suivies d'une éruption généralisée apparue la veille.

Cette femme, polisseuse en joaillerie, à Paris, raconte qu'étant en vacances en Alsace, elle fut piquée très fortement par des moustiques, le 16 août et, qu'au poignet droit (bord cubital, face palmaire) elle ressentit de fortes démangeaisons qui furent bientôt suivies de « petits boutons blancs » qu'elle traita à la teinture d'iode. De retour à Paris, le 26 août, il y avait encore un petit bouton, mais malgré cela, elle reprit son métier de polisseuse, les mains dans les poussières, la limaille, la pierre ponce, le tripoli, la poudre de rubis, etc...

Trois jours après cette reprise de son métier, le bouton restant, grandit et, malgré des pansements humides qu'elle appliqua, forma plaie. Le 2 septembre, elle se décida à consulter son médecin qui diagnostiqua une infection et lui fit prendre des bains de sublimé à 0,25 par litre.

Ayant vu survenir, le 12 octobre, une éruption générale, elle vint consulter le 13, à l'hôpital Saint-Louis.

Le 15 octobre, date du premier examen, il existait une *éruption* marquée surtout dans le dos où elle suit manifestement les lignes de la peau, et constituée par des éléments érythémateux arrondis, un peu ovalaires, de la dimension d'une lentille, légèrement saillants, morbilliformes plutôt que scarlatiniformes : les éléments anciens ont, au centre, une tendance au soulèvement épidermique, presque à la vésicule. Sur les cuisses, les éléments sont plus grands et prennent l'apparence de médaillons de parakératose à *forme de pityriasis rosé*.

Aux mains, multitude de *vésicules perlées dysidrosiformes*, de la dimension d'un grain de millet, à la paume comme au dos, surtout à droite où elles sont plus abondantes et où il y a, en outre, à son voisinage sur le poignet, la *dermite phlycténulaire* initiale.

Il existe aux pieds des lésions vésico-bulleuses analogues.

La *dermite phlycténulaire* initiale occupe le tiers inférieur de la face antérieure de l'avant-bras droit et déborde sur sa face postérieure, sous la forme de nombreuses surfaces érosives, dont certaines sont en voie d'épidermisation. L'épiderme est soulevé dans cette région et fortement macéré par les pansements humides antérieurs. Il s'y trouve des grosses bulles dont beaucoup sont ouvertes et laissent échapper une sérosité louche. Il y a de la *lymphangite* qui monte jusqu'au bras droit. A l'hypogastre, aux aines, aux lombes, l'éruption tend à confluer. Les éléments les plus anciens se couvrent d'une légère collerette épidermique.

Sur la face, l'éruption est discrète.

La température est à 37°4.

Il n'y a rien à signaler aux divers organes. Le cœur et le poumon sont normaux. Les réflexes rotuliens, achilléens, radiaux, olécraniens existent. Les pupilles sont normales, réagissent à la lumière. Il n'y a pas de troubles sensitifs, ni moteurs. Le réflexe plantaire est normal.

La séroréaction de Wassermann est négative.

Cette femme est bien réglée. Elle a un enfant bien portant. Elle a eu la rougeole il y a cinq ans, une salpingite, il y a trois ans.

Le 17 octobre, l'érythème morbilliforme s'étend vers les jambes et autour du pli fessier. Il est faiblement prurigineux. La chaleur du lit, les contacts augmentent ce prurit.

Les éléments de la partie supérieure du corps s'affaissent et se dessèchent. Certaines lésions érythémato-papuleuses s'y entourent

d'une légère collerette épidermique. La lymphangite du bras a disparu.

Le 18 octobre, l'éruption a pris la forme de *médallions à contour* desquamant séborrhéiformes ou analogues au pityriasis rosé. Elle prédomine sur la ligne médiane du corps. La dermite de l'avant-bras s'améliore à son centre, mais il y a une légère extension vers la main, évolution concentrique comme font les impétigos plecténulaires. La température s'élève à 37°4.

Le 19, gros éléments bulleux et douloureux apparus la nuit au cinquième métacarpien gauche, éléments pustuleux lenticulaires à la base du deuxième doigt gauche.

Le 22, alors que la malade n'a jamais eu de croûtes dans le cuir chevelu, mais seulement quelques démangeaisons, il existe aujourd'hui une séborrhée très marquée du cuir chevelu.

D'autre part, les lésions du corps s'éteignent, deviennent brunes au lieu de rouges, couvertes de squames nombreuses. Le prurit est assez vif au point qu'on peut se demander s'il y a pas de gale, mais on ne trouve pas de signes de cette affection.

Au membre supérieur droit, l'avant-bras est rouge en totalité, avec suintement eczématiforme et à la périphérie, soulèvement épidermique. La main gauche présente un état dysidrosique des plus typiques.

Le 26, l'éruption entre nettement en défervescence.

Le 28, éléments de folliculite à l'avant-bras gauche.

Le 31, rougeur et squames adhérentes à la main droite et à l'avant-bras. Kératose palmaire à la main gauche.

2 novembre, furoncle marge de l'anus droit avec 37°9, les mains sont toujours rouges et un peu squameuses avec état eczémateux.

3 novembre, ouverture spontanée du furoncle.

5 novembre, la peau est à peu près détergée.

10 novembre, la malade sort guérie.

Une biopsie fut faite le 15 octobre.

Observation XI. — Mme F., 48 ans, vient consulter le 10 avril pour une éruption généralisée étendue à tout le corps, pour laquelle elle est hospitalisée.

Il y a quinze jours, elle a eu une petite plaie de la grandeur d'une pièce de 2 francs, à la face antérieure du poignet droit, qui a duré deux semaines. Cette plaque initiale s'est étendue progressivement d'une manière excentrique jusqu'à la moitié de l'avant-bras.

Quinze jours après l'apparition de la plaque initiale, survient une éruption généralisée qui respecte les pieds. Cette dermatose est caractérisée par :

- 1° Des papulo-vésicules érythémateuses isolées ou confluentes;
- 2° Des zones érythémato-œdémateuses localisées;
- 3° Des bulles de dysidrose.

La malade a eu de la fièvre pendant quatre à cinq jours et sa température, lors de son entrée à l'hôpital Saint-Louis, était de 38°5.

A l'examen, on constate que la majorité des éléments sont des papules de la grandeur d'une tête d'épingle à une lentille, tantôt isolées, tantôt confluentes. Il existe aussi des papulo-vésicules très petites, sur fond érythémateux. Dans le dos, on remarque des placards rouges, à bords diffus, irréguliers, sur lesquels on voit quelques petites papulo-vésicules et de fines desquamations en colle-rette.

Dans le pli interfessier, on note un placard rouge foncé, excorié et suintant, de la taille de 3 cm. sur 5 cm.

Autour du cou, et à la partie supérieure du thorax, la peau est parsemée de zones foncées, infiltrées, avec desquamation. Des lésions analogues se rencontrent aux oreilles, sur le front, les paupières supérieures et les joues. Le lobule de l'oreille et les paupières sont, en outre, œdématisés. Toutes ces régions sont fort prurigineuses. Il y a aussi de l'intertrigo rétro-auriculaire droit.

Sur les bras, les aisselles, il y a des zones érythémato-œdémateuses infiltrées, desquamant en lambeaux isolés. Dans la région de la tabatière anatomique du côté droit, on trouve deux bulles de dysidrose, de la grandeur d'une lentille, avec liquide clair. Sur le cinquième doigt de la main droite, il existe une phlyctène de trois centimètres sur un centimètre, prenant presque tout le doigt.

L'intradermo-réaction au lysat de streptocoque est négative. L'examen du liquide de la bulle de dysidrose montre que son ensemencement en bouillon pipette pousse en 36 heures, et donne des colonies de streptocoques pures et nombreuses.

Les cultures du squame et des lésions cutanées décèlent de nombreux streptocoques et des staphylocoques.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 18 avril, les lésions inflammatoires s'éteignent, les lésions de l'avant-bras restent encore assez marquées. On remarque des pustulettes à la périphérie des placards rouges ainsi qu'un soulèvement épidermique, polycyclique à la périphérie de ceux-ci.

Au cou, le prurit est toujours violent.

L'intertrigo rétro-auriculaire est encore marqué.

Le 20 avril, les éléments du corps se sont affaîssés, laissant une simple coloration tégumentaire répartie d'une manière non homogène ; seules persistent aux membres supérieurs des lésions rouges et squameuses.

Le 28 avril, il existe encore quelques nappes rouges entourées de vésicules sur les bras et le cou.

Le 25 mai, l'éruption est en pratique terminée. Il y a de place en place quelques papules analogues à celles du prurigo.

Le 2 juin, la malade peut être considérée comme complètement guérie du trisyndrome et de ses séquelles infectieuses cutanées.

Traînée aux bains de permanganate, aux pansements humides, cristal violet, etc...

Observation XII. — Mme M., 38 ans, ménagère, antérieurement traitée dans le service pour accidents syphilitiques, entre le 6 octobre à la salle Henri IV, pour une dermatose érythémato-squameuse dont les premiers éléments sont apparus le 19 septembre.

Le 18 septembre, la malade ressent un prurit intense, au niveau du moignon de l'épaule. Le lendemain matin, au réveil, elle y constate l'existence d'une tache rouge vif, semée de vésicules claires qui se dessècheront bientôt et feront place à des squames fines, souvent en collerette, d'une tête d'épingle. Cette tache, d'abord nummulaire de la dimension d'une pièce de un franc, s'étend progressivement — en tache d'huile — les jours suivants.

Le lundi soir, 5 octobre, malaise général intense forçant la malade à s'aliter. Température 40°2. Prurit généralisé très intense. Insomnie. Le lendemain matin, l'éruption s'est essaimée sur tout le corps, et présente l'aspect actuel.

Examen le 8 octobre : sur l'épaule droite : placard érythémateux de l'étendue d'une paume de main — sans bords nets — sans



OBS. XII. — Plaque initiale de l'épaule âgée de dix-huit jours.
Remarquer la desquamation en collerettes du centre de la plaque
et l'apparition de médaillons secondaires à sa périphérie (fig. 6).

infiltration appréciable, recouvert de squames furfuracées à la périphérie, plus denses et d'aspect croûteux, au centre, sur la surface d'une pièce de 5 francs. Autour de cet élément principal : six éléments arrondis ou ovalaires roses, squameux, certains ayant l'aspect de médaillons légèrement surélevés, et finement plissés au centre.

Le visage, la paume des mains sont seuls respectés.

Le cuir chevelu présente du pityriasis simplex.

Sur tout le reste du corps sont irrégulièrement distribuées des taches rosées, irrégulièrement arrondies, lenticulaires ou nummulaires dont les bords sont souvent peu nets. La racine du cou, le thorax, les membres supérieurs, l'abdomen (où les éléments sont nombreux, petits et groupés en ceinture), les membres inférieurs (surtout les jambes et la face dorsale des pieds), sont semés de ces taches. Les éléments squameux à type médaillon sont plus rares. A signaler qu'on trouve aux deux plis du coude, un élément érythémato-squameux de l'étendue d'une pièce de 1 franc à gauche, 0 fr. 50 à droite, au niveau des points de ponction veineuse pour injections arsenicales.

Cette dermatose s'accompagne de prurit généralisé et d'une pénible sensation de brûlure aux pieds. La bouche douloureuse depuis le 20 octobre, est le siège d'une stomatite intense avec rougeur violacée des gencives et de la face interne des joues. Au niveau de la deuxième grosse molaire existe une ulcération gingivale, infection périmolaire.

A la face interne de la joue droite : deux ulcérations lenticulaires à contours irréguliers recouvertes d'un enduit légèrement opalin.

Dernière injection de Sanar le 12 septembre, et deux injections d'huile grise, le 17 et le 30 septembre.

Le 10 octobre, la plaque initiale de l'épaule droite s'est considérablement étendue. D'une pièce de un franc, elle a maintenant la dimension d'une large paume de main. Elle est d'un rouge rosé, à contour émietté, avec au centre une squame jaunâtre, sèche et au pourtour une desquamation pityriasique bordée de rouge rosé.

Le reste de l'éruption prend une apparence érythémato-papuleuse assez confluyente qui, en certains points, conflue en véritables plaques érythrodermiques.

Les médaillons se confondent par leurs bords. Ceux qui restent isolés se recouvrent d'une croûte jaune.



OBS. XII. — Eruption généralisée simulant l'érythrodermie. Remarquer l'existence de peau saine dans l'intervalle des éléments (fig. 7).

Le 12 octobre, troubles intestinaux de colique mercurielle (douleurs vives généralisées à tout l'abdomen, avec selles glaireuses et sanguinolentes), nausées, haleine fétide, salivation.

Le 13 octobre, l'éruption est plus intense, surtout dans le dos, son décubitus habituel, avec prédominance aux deux ceintures lombaire et scapulaire; nombreuses papulo-vésicules érythémateuses non suintantes, d'une tête d'épingle et davantage, médaillons avec quelques squames un peu grasses.

Le haut des jambes est indemne, le cou de pied est œdématisé.

Légère éruption aux joues. La malade est extrêmement fatiguée, frissonnante, ne pouvant se tenir debout. Les lèvres sont squameuses, mais la langue est humide. Il existe une légère douleur à la gorge du côté droit et l'amygdale est un peu rouge.

Pas de céphalée. Le pouls est rapide, variant entre 90 et 120.

L'entérite mercurielle est en décroissance par le bismuth, l'élixir parégorique et l'alimentation au riz.

Le 14 octobre. Il persiste une fatigue extrême. Le prurit reste intense, au point que la malade n'a pu dormir.

L'éruption est plus étendue et plus intense. De nouveaux éléments érythémateux sont apparus, irrégulièrement disséminés surtout aux membres supérieurs, abdomen, cuisses, dos du pied. Les éléments érythémateux confluent en de vastes placards aux contours déchiquetés et sont surtout très squameux. Les médaillons sont plus nombreux.

Le placard initial de l'épaule droite est, au contraire, en régression. De larges squames minces et argentiques s'y soulèvent et tombent en découvrant au centre du placard une peau saine et rosée. La température est à 37°5.

Le 15 octobre. Nouvelle poussée d'entérite mercurielle.

Le 17 octobre, l'éruption s'éteint. L'abdomen reste rouge. Partout il y a desquamation vésiculeuse ou en médaillon, la plaque initiale n'est plus rouge, mais très squameuse. La langue est rouge et humide. L'appétit nul. Le pouls petit et irrégulier.

Le 24 octobre, la rougeur des téguments est partout à peu près disparue, ayant laissé à sa place une teinte brun jaunâtre.

Le 27, il persiste encore des médaillons et de la rougeur pityriasique. La température se maintient autour de 37°8, ayant donc subi une légère augmentation.

A cette date, la malade a perdu 3 kgs depuis son entrée, c'est-à-dire depuis vingt-et-un jours. De 53 kgs, elle est tombée à 50 kgs.

Le 2 novembre, la température est tombée à 37° le matin, et 37°5 le soir.

Le 8 novembre, la malade sort de l'hôpital à peu près complètement débarrassée de son éruption. Il reste seulement en certains points du tégument une certaine rougeur diffuse.

Le 15 novembre, elle revient avec une dermite érythémato-papuleuse des jambes, des abcès tubéreux des deux aisselles, quelques petits furoncles des grandes lèvres. Un léger mouvement fébrile existe autour de 38°.

Les accidents durent encore un mois et la malade sort guérie, ayant encore perdu 2 kgs. Pesant 53 à sa première entrée, elle pesait 50 kgs à sa première sortie le 8 novembre. A son retour le 15 novembre, elle pèse 49,500 et le 7 décembre 47 kgs 700.

La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée le 19 novembre et le 11 décembre était négative.

Cette femme est encore revenue à deux reprises dans le service, le 24 décembre, pour une blennorrhagie intense avec herpès vulvaire, et le 28 janvier pour un grand médaillon en haut de la cuisse gauche, entouré lui-même de trois ou quatre petits, qui sont très typiques du pityriasis rosé. A titre d'épreuve, ces médaillons ont été traités par une large application de teinture d'iode, mais nous n'avons pas revu la malade.

Examen du sang.

Le 7 octobre, Bordet-Wassermann négatif. Le 9 octobre, alors que la température est à 37°5, G.R. 5.380.000; — H. (Tallquist) 95 %; G.B. 18.000; P. 80, M. 4; L. 8; Eosinophiles, 8 :

Le 13 octobre, G.R. 5.200.000; G.B. 15.500; P. 85; M. 6; L. 2; Poly. Eos. 5; Myélocytes Eos. 2.

Ces examens ont été faits en période d'éruption généralisée, mais aussi en période de stomatite et de coliques mercurielles.

Observation XIII. — M. Marius, 39 ans, entre pour une éruption datant du 10 juillet, c'est-à-dire de 16 jours et ayant commencé par trois ou quatre « petits boutons » des espaces interdigitaux de la main gauche et de la main droite, sans écorchure préalable.

À l'entrée, il y avait *rougeur et gonflement des deux avant-bras*, pustulettes multiples, croûtes mellicériques et desquamation en larges lamelles et aux mains des vésicules dysidrosiformes très abondantes surtout sur les faces latérales des doigts avec suppuration dans l'espace interdigital. La rougeur et la desquamation existent également à la face, au cou, à la face antérieure du tronc, aux bourses, aux membres inférieurs. Le dos et les fesses sont indemnes.

L'éruption a été précédée au début de juillet d'*angine* avec fatigue, mal de tête, inappétence, un peu de diarrhée.

Le 28 juillet, la rougeur se généralise en une sorte d'érythème scarlatiniforme et atteint la gouttière vertébrale, la région lombaire, la pointe des fesses et s'accompagne de *médailleurs* arrondis plutôt qu'ovales de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 à un franc, peut-être légèrement surélevés à l'abdomen, déprimés aux cuisses, notablement squameux, à squames argentiques et qui présentent un plissé analogue au pityriasis rosé de Gibert.

Il y a un léger prurit.

Le 30 juillet, les mains et les avant-bras sont désenflés, l'érythème s'efface. Les médailleurs laissent des taches blanches de peau saine qui donnent l'aspect de la syphilide pigmentaire. Le prurit a disparu.

Le 31 juillet, le pointillé érythémateux a pris un aspect purpurique sur les bras et les faces latérales du tronc.

Le 2 août, l'éruption en complète décroissance a laissé à sa place une teinte café au lait analogue à celle du pityriasis versicolor.

Le 3 août, il y a encore desquamation lamellaire un peu argenteée sur les avant-bras, à la face antérieure des cuisses, et surtout à la face antérieure des aisselles.

Le 9 août, la peau a retrouvé son état normal, sauf aux coudes et aux avant-bras, une légère cyanose avec état craquelé.

L'évolution totale s'est donc faite en une trentaine de jours, sans élévation de température.

Observation XIV. — G. Marcel, âgé de 34 ans, coiffeur, entre salle Saint-Louis, le 16 avril, pour une dermatose généralisée dont le début remonte à un mois. La maladie a commencé par une petite

« plaque d'eczéma » à la paume de la main droite, puis la lésion initiale s'est allongée et est devenue légèrement prurigineuse. De nouveaux éléments sont apparus aux bourses et en d'autres parties du corps.

Le malade présente des antécédents spécifiques : chancre du fourreau de la verge, il y a dix ans, avec ultra et B.-W. positifs. Traité par Novar et Quimby, les analyses du sang postérieures ont toujours été négatives pendant quatre ans. Depuis six ans, on a arrêté tout traitement et des analyses du sang trimestrielles se sont révélées toujours négatives. Il y a un an, il a eu une perte de connaissance ; hospitalisé à Lariboisière, on a parlé de neurasthénie (?). Il y a trois mois : asthénie, changement du caractère, anxiété, avec idées de remords. Mais pas d'amnésie, pas d'idées absurdes. Il va consulter à l'hôpital de Toulouse, où on fait une prise de sang avec résultat négatif.

Marié depuis sept ans, sa femme ne présente aucun accident, sauf céphalées fréquentes. Pas d'enfants. À l'entrée à l'hôpital, son B.-W. était négatif ; ni sucre, ni albumine dans les urines.

A l'examen, on constate :

Membre supérieur gauche : série de vésicules profondes dysidrosiformes à la main. Rougeur et nappe érythémato-œdémateuse sur le dos de la main, où il existe aussi deux grosses bulles purulentes. Rougeur diffuse de l'avant-bras en nappe, s'étendant sur la face interne du bras. Dans l'aisselle du même côté on trouve une large nappe érythémateuse.

Membre supérieur droit : les lésions sont à peu près analogues à celles du côté gauche, mais ici on trouve, au bras, une large nappe érythémateuse et, à la paume de la main, une desquamation kératosique.

Sur l'abdomen : on voit une série de médaillons parakératosiques à centre jaunâtre, légèrement squameux comme on en voit dans le pityriasis rosé. Par places, on distingue de larges placards érythémateux résultant de la confluence des médaillons.

Dans la région inguino-scrotale, on voit une nappe érythémateuse un peu folliculaire à contours émiettés.

Sur les membres inférieurs, on constate quelques taches érythémateuses avec un prurit intense. Rien aux pieds.

Le 20 avril, l'atteinte des régions inguinale et axillaire fait penser à l'origine mycosique de ce Trisynndrome, mais l'examen

direct des régions inguinales, axillaires, digitales et des plis des coudes n'a montré aucun champignon.

Le 22 avril, l'éruption disparaît progressivement avec le traitement au glycérolé d'amidon.

Le 24 avril, il ne reste plus que quelques éléments disséminés un peu partout.

Le 26 avril, on voit apparaître de petits furoncles sur l'abdomen. Le 1^{er} mai, furoncle de l'aisselle gauche.

Le 3 mai, folliculite sur le tronc et les cuisses. Mise au traitement par l'acide phosphorique (LX gouttes par jour).

Le 7 mai, l'éruption a disparu, mais il reste comme séquelle des abcès tubéreux de l'aisselle gauche et quelques petits furoncles disséminés.

Le malade sort le 25 mai, complètement guéri de l'éruption et de ses séquelles. Son poids était de 65 kilogs à l'entrée, il est de 64 kilogs à la sortie.

Observation XV. — D. Georgette, 29 ans, entre salle Henri IV, le 31 mai, pour une éruption survenue au cours d'un traitement à la Chrysalbine.

La malade, sujette à la bronchite chronique, aurait eu, en février dernier, une pleurésie (?) qui aurait guéri au milieu d'avril. Pleurésie gauche qui n'aurait pas été ponctionnée. La température serait montée jusqu'à 40°.

Quoi qu'il en soit, la malade a été mise à la Chrysalbine, au début de mars et a reçu une série d'injections à doses croissantes : 0,05 ; 0,10 ; 0,10 ; 0,15 ; 0,20 ; 0,25 ; 0,25 ; 0,25. C'est après la cinquième injection (0,20) que l'éruption est apparue. A l'entrée, il n'y avait ni sucre ni albumine dans les urines. B.-W. négatif.

Actuellement les lésions occupent :

Les membres supérieurs : rougeur à peu près uniforme sur la face postérieure du bras et de l'avant-bras droit, sur laquelle on note une énorme confluence de vésicules. La face antérieure des bras et avant-bras est occupée par des nappes érythémato-œdémateuses. Il y a là un gonflement qui se rapproche plus du Trisyn-drome que de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse.

Le long de la face interne des doigts on trouve de nombreuses

vésicules dysidrosiformes et, à la face palmaire des mains, des taches roséoliformes. Abondante sudation aux mains depuis le début de cette éruption, incommodant la malade au point de l'empêcher de travailler (la malade est repasseuse).

Sur le tronc : nombreux médaillons parakératosiques un peu allongés, rappelant les médaillons de la parakératose à forme de pityriasis rosé, mais les squames sont rares. La plupart des médaillons suivent les lignes de la peau.

Sur la nuque et le triangle pré-sternal, on trouve des nappes érythémateuses résultant de la confluence des médaillons.

Le visage est rouge, un peu gonflé, mais sans œdème des paupières. La muqueuse buccale et linguale est rouge et un peu érodée. Enduit kératosique sur les bords cutanés des lèvres.

Le 1^{er} juin, les plantes des pieds, qui n'avaient pas été vues, présentent des lésions analogues à celles des paumes des mains. Vésicules et rougeur au dos des pieds, démangeaison légère. Les avant-bras sont un peu dégonflés. Médaillons plus nombreux, mais la rougeur est moins vive. La bouche est très sensible et rouge, la langue est humide. L'hyperkératose de la lèvre inférieure diminue.

Le 3 juin, la malade se plaint d'avoir, depuis le début, des picotements et des engourdissements des extrémités des doigts. L'éruption est plus caractéristique, les médaillons sont très nombreux, orientés suivant les lignes de la peau, de petite taille ou bien purement érythémateux avec une légère desquamation, ou, dans d'autres cas, une fine desquamation pityriasique. Aux membres supérieurs : face d'extension, rouge et gonflée en nappe où l'on distingue cependant encore un fond de médaillons séparés originels. Sur la paume des mains, taches profondes avec hyperkératose jaune, dysidrose abondante. A la face : rougeur diffuse des joues, langue humide et normale, lèvres encore un peu rouges.

Aux membres inférieurs : éruption encore très confluyente.

Le 7 juin, la rougeur devient diffuse sur les cuisses et sur les jambes ; les médaillons sont plus confluyents sur l'abdomen avec croûtes mellicériques. Intertrigo ombilical. Langue très humide et rouge. Lèvres kératosiques, rougeur totale des joues.

Le 9 juin, le gonflement a largement diminué, mais les médaillons sont en grande partie mellicériques. Il apparaît un furoncle dans le dos. La figure est toujours gonflée. Ganglions inguinaux durs, assez nombreux. La malade se plaint de douleurs dans l'aiselle droite, mais il n'y a pas de ganglions.

Dans le dos, rougeur plus pâle, avec desquamation lamellaire argentique.

Le 18 juin, la malade sort, sur sa demande, en très bonne voie de guérison. Elle vient nous voir le 21 juin et on constate : les médaillons sont effacés, laissant une pigmentation. Rougeur diffuse de la face et des membres inférieurs. Erosion des lèvres. Desquamation en lambeaux des paumes des mains. Lésions eczématiformes vésiculeuses des plis des coudes. Mise au glycérolé d'amidon et aux bains d'amidon. Elle revient nous voir, quelque temps après, complètement guérie.

ETUDE CLINIQUE

Le Trisyndrome évolue en trois étapes :

- 1° Période de début, où la dermatose est localisée;
- 2° Période d'état, où l'évolution est caractéristique ;
- 3° Période terminale.

A la lumière de nos observations inédites, et de celles déjà publiées par M. Milian, on peut dégager une symptomatologie très précise aux différents stades que nous venons de schématiser.

1° Période de début.

Le début se fait par une lésion circonscrite des téguments. Il y a toujours une solution de continuité qui est constituée tantôt par une plaie ou un eczéma infecté, tantôt par un impétigo bulleux, parfois par un médaillon rappelant tout à fait ceux que l'on observe au début du pityriasis rosé de Gibert. C'est, en effet, véritablement la plaque initiale avec sa coloration jaune chamois et son aspect ridé si caractéristique à la partie centrale. C'est plus rarement un début par une macule érythémato-œdémateuse parsemée de vésicules contenant un liquide clair et aboutissant rapidement à une dessiccation en fine colle-rette.

Que le début se fasse par un médaillon ou une macule érythémato-œdémateuse, ces éléments s'étendent progressivement d'une manière excentrique et peuvent atteindre alors les dimensions de 8 à 10 cm de diamètre.

Il est exceptionnel que l'affection commence par une angine

accompagnée de signes généraux : température, malaises, anorexie, nausées, myalgies, céphalalgies, diarrhée.

En réalité, c'est la lésion initiale cutanée qui constitue à ce moment tout le tableau clinique ; ce n'est qu'après une véritable période d'incubation, durant habituellement une semaine, que l'affection va entrer dans son deuxième stade et c'est là un élément important quand on veut rechercher les liens qui unissent le Trisyndrome et le pityriasis rosé de Gibert. Il y a, dans les deux cas, un véritable chancre d'inoculation suivi d'une phase de latence, véritable incubation qui précède la généralisation des éléments cutanés.

2° Période d'état.

Au bout de sept à huit jours, rarement plus tôt, exceptionnellement plus tard, apparaissent les trois éléments qui donnent à cette affection un aspect très particulier :

a) *des médaillons parakératosiques* généralisés à forme éruptive ;

b) *des zones érythémato-œdémateuses* localisées et régionales ;

c) *des vésicules ou des bulles de dysidrose* des doigts et des mains.

a) *Les médaillons.*

Ce sont des taches arrondies ou ovalaires, allant de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 à celle de 1 franc, de coloration rosée, recouvertes ou non d'une squame de parakératose.

Certains de ces éléments ont, à leur centre, une vésicule rappelant l'érythème iris. D'autres, au contraire, ont un centre ridé,

jaune chamois, absolument analogue aux médaillons si caractéristiques du pityriasis rosé de Gibert.

Dans l'intervalle de ces éléments, on note l'existence de papules ou de vésicules à type d'eczéma, ayant la dimension d'une tête d'épingle ou d'une lentille, séparées les unes des autres et rappelant les papulo-vésicules qui sont si courantes au cours du pityriasis rosé.

Le nombre de ces éléments est variable. Il y en a habituellement une cinquantaine, mais il est des formes plus discrètes ou plus confluentes.

Le siège de cette dermatose n'est pas caractéristique : les éléments sont disséminés sur les membres et le tronc ; dans l'ensemble, ils suivent la direction des plis cutanés ; parfois ils prédominent dans les régions génitales ; au contraire, la face est toujours indemne.

b) *Les nappes érythémato-œdémateuses régionales.*

Ce sont des rougeurs diffuses avec gonflement particulièrement intense dans les régions à tissu cellulaire lâche où il peut y avoir de véritables œdèmes.

Les zones érythémateuses sont surmontées de squames importantes et grasses. En examinant ces éléments à la loupe, on peut déceler de fines pustulettes.

Quelquefois, ces éléments sont remplacés par des placards rouges, cyanotiques, purpuriques, ou par des zones d'aspect eczémateux, occupant une grande partie d'une zone cutanée (face externe du bras, région axillaire, région inguinale).

Ces éléments desquament rapidement, tantôt par larges placards, tantôt sous la forme d'une véritable desquamation fur-

furacée. Il est plus rare, au cours de l'évolution, qu'on voie apparaître une pyodermite ou une impétiginisation des éléments.

Le siège de cette éruption érythémato-œdémateuse est assez particulier : membres supérieurs, tronc, fesses, cuisses, visage.

Le nombre des éléments est variable; il y en a habituellement quatre ou cinq.

c) *La dysidrose* : ce sont de petites vésicules de la dimension d'une tête d'épingle ou d'une lentille, disposées à la face latérale des doigts. Le contenu des éléments est clair, filant, ou au contraire, purulent. Ils sont assez souvent de volume plus considérable : bulles ou phlyctènes étendues, ils gagnent alors la région palmaire ou le dos de la main qui est le siège d'une réaction inflammatoire assez importante.

Il n'est pas exceptionnel, non plus, que ces éléments passent inaperçus quand ils sont réduits à quelques rares vésicules, aussi est-il nécessaire de rechercher systématiquement les éléments de dysidrose à la face interne des doigts, afin de ne pas méconnaître le Trisyndrome.

Les éléments dysidrosiques aboutissent en quelques jours à une fine desquamation épidermique, laissant une surface rosée peu suintante.

Tels sont les différents éléments de la période d'état : médaillon, nappe érythémato-œdémateuse, dysidrose, apparaissent en même temps et disparaissent de même. Pendant toute la période d'état, les trois éléments coexistent et ce tableau typique dure de 20 à 40 jours; ce qui fait qu'entre le début, la porte d'entrée de l'infection et la période terminale, il s'écoule en moyenne sept semaines.

3° Période terminale.

L'ensemble de l'éruption diminue peu à peu et tous les éléments desquament; en particulier, à la place des médaillons, il existe de fines squames en collerette, à contours polycycliques. Mais les caractères de cette desquamation varient avant tout selon les régions :

A la face, on trouve des squames lamelleuses, pityriasiques; sur les avant-bras, la paroi antérieure des aisselles, les cuisses, les squames forment, soit de larges lambeaux blanc argenté, soit de fines collerettes; au niveau des mains, cette desquamation se fait en larges lambeaux.

A la suite de l'éruption, persiste souvent une teinte ecchymotique jaunâtre des téguments, parfois des macules légèrement pigmentées en brun et pouvant donner, à première vue, l'impression de syphilides pigmentaires.

Mais un des éléments les plus caractéristiques de cette période, est l'existence de séquelles cutanées infectieuses. Il existe presque toujours, pendant des semaines ou même des mois, des furoncles, des abcès tubéreux de l'aisselle, de volumineux abcès des téguments, des ulcérations à type d'echtyma, sur les membres ou sur les organes génitaux. Parfois, ces manifestations revêtent un type plus bénin : impétigo discret, perlèche, pityriasis capitis, fausse teigne amiantacée; enfin, ce peuvent être seulement des lymphangites, des adénopathies.

Mais si les séquelles sont fréquentes, pouvant prolonger pendant longtemps la maladie et semblant liées à la persistance de l'agent microbien, le streptocoque, vis-à-vis duquel l'organisme se défend mal, par contre, les récidives semblent rares et nous n'en avons pas noté dans nos observations.

Pendant toute cette période d'éruption, les signes généraux restent discrets. La température est habituellement normale, entre 37-37°5 ; il existe, cependant, quelques oscillations irrégulières qui surviennent vers le huitième-dixième jour : en particulier dans les formes érythémato-œdémateuses on peut atteindre 39°. Le plus souvent, l'état général est absolument indemne. Il n'existe aucune complication viscérale.

Les symptômes fonctionnels sont toujours également réduits; le prurit est à peine marqué et ce n'est que sur un terrain bien spécial qu'il peut revêtir une intensité empêchant le sommeil. Il est particulièrement intense dans les formes confluentes et où prédominent les éléments papulo-vésiculaires.

EXAMEN PARA-CLINIQUE

Examen des urines. — Ne montre absolument rien d'anormal; en particulier, nous n'avons jamais noté, dans les observations publiées ou inédites, ni glycosurie, ni albuminurie.

Examen du sang. — Il a été pratiqué dans de nombreux cas, il montre que le taux des globules rouges reste normal ainsi que celui de l'hémoglobine. Le nombre des globules blancs est sensiblement normal, parfois légèrement augmenté. Périn signale un cas où il atteint 18.000 éléments.

Les modifications de la formule leucocytaire sont modérées et ne se font pas toujours dans le même sens; il y a parfois augmentation du nombre des polynucléaires ; dans d'autres cas, au contraire, ce sont les mononucléaires qui prédominent. Par contre, l'éosinophilie est assez importante; elle est rencontrée d'une manière inconstante et elle a pu atteindre 8 % dans une observation.

Il n'y a aucune modification des hémato blastes.

Examen bactériologique. — L'examen microscopique des squames ou du contenu des bulles de dysidrose à la période où le liquide est clair, a presque toujours permis de mettre en évidence des streptocoques en courtes chaînettes (Milian).

La culture en bouillon pipette montre la présence d'éléments absolument identiques.

Si on examine les pustules secondaires, on se trouve en présence de germes banaux; le streptocoque est là souvent associé au staphylocoque; et, dans certains cas, les séquelles persistant sous formes d'abcès tubéreux de l'aisselle, on a pu mettre en évidence le staphylocoque doré (Observation I).

FORMES CLINIQUES

1° *Formes graves.* — Où l'éruption est particulièrement intense, tant en ce qui concerne les médaillons que les nappes érythémato-œdémateuses, et que les éléments de dysidrose. Parfois même, la confluence de l'éruption réalise une véritable érythrodermie aboutissant à de larges desquamations en placards, mais tous les cas finissent par la guérison sans complications viscérales. Il y a lieu de signaler, cependant, que c'est dans ces formes que les séquelles cutanées, pyodermites, abcès tubéreux, impétigo, sont les plus nombreuses, les plus durables, les plus résistantes à tout traitement.

2° *Formes frustes.* — A côté de ces formes graves, dans lesquelles les signes généraux peuvent être, parfois, alarmants (prostration, adynamie), il existe, au contraire, des formes frustes du Trisyndrome dans lesquelles les manifestations cutanées sont isolées, et doivent être recherchées; en particulier, la dysidrose pourrait passer facilement inaperçue, car il peut, dans

ces cas, n'y avoir qu'une ou deux vésicules à la face interne des doigts, visibles seulement lors d'un examen minutieux.

C'est pourquoi, beaucoup de Trisyndromes sont étiquetés eczéma, parakératose, ou autre affection cutanée. Et l'on peut se demander si ce que Fernet a décrit sous le nom de parakératose pityriasiforme n'est pas, en somme, très voisin du Trisyndrome ou, tout au moins, de ses formes frustes.

3° *Formes dissociées.* Il existe, parfois, une série d'affections dermatologiques dont la place nosologique semble peu précise. C'est ainsi que l'on rencontre les manifestations cutanées à évolution cyclique qui peuvent se présenter, soit sous le type de parakératose en médaillon, soit sous le type de nappe érythémato-œdémateuse isolée, soit encore par la coexistence chez un même malade, de dysidrose des doigts et de lésions à type de pityriasis rosé. Il s'agit là, en réalité, de formes incomplètes, dans lesquelles manquent, pendant toute l'évolution complète de la maladie, un ou deux éléments du Trisyndrome. On ne peut plus dire, dans ces conditions, qu'il s'agit de la maladie éruptive tri-symptomatique à évolution cyclique, mais de formes larvées dans lesquelles les examens paracliniques et, en particulier, les intradermo-réactions au lysat de streptocoque et les séquelles cutanées permettent de faire une assimilation avec la forme type que nous avons décrite.

C'est par la multiplicité de ses formes cliniques, par le polymorphisme de son allure évolutive que le Trisyndrome de Milian reste une affection de diagnostic délicat. Et on s'explique ainsi que beaucoup de médecins et de dermatologistes ne portent pas ce diagnostic, parce que leur attention n'a pas été attirée par cette association morbide si caractéristique dans ses formes complètes, mais si délicate à interpréter dans ses formes frustes.

DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas sur les éléments du diagnostic positif. Qu'il nous suffise de rappeler que dans le Trisyndrome on trouve toujours deux notions : tout d'abord celle d'une porte d'entrée, plaie minime, infection cutanée ou muqueuse et, ensuite, un placard érythémateux initial dont le développement va s'accompagner, en outre, de l'apparition des deux autres éléments : nappe érythémato-œdémateuse et élément dysidrosique, constituant le trépied symptomatique de l'affection.

On ne confondra pas le Trisyndrome de Milian avec l'eczéma aigu, car, dans le Trisyndrome, le prurit manque presque toujours; la vésicule eczémateuse est cliniquement absente; quand il y a des vésicules au cours de l'évolution du Trisyndrome, elles sont plus volumineuses, moins confluentes, toujours largement séparées par des intervalles de peau saine. En outre, l'eczéma aigu n'a pas une évolution aussi nettement cyclique. On sait, d'ailleurs, que l'eczéma est une véritable réaction dermique due à des causes bien diverses. Si on l'observe au cours du Trisyndrome, il ne faut pas s'en étonner outre mesure.

On ne confondra pas non plus le Trisyndrome avec l'eczéma marginé qui est constitué, dans sa forme la plus typique, par des placards arrondis ou ovalaires, très nettement circonscrits, à évolution excentrique et dans lesquels l'examen des squames prélevées à la périphérie, montre le parasite causal.

L'eczéma séborrhéique qui, ainsi que le dit Milian, « renferme tout ce que les dermatologistes sont impuissants à nomenclaturer », groupe en réalité un grand nombre de faits disparates, en particulier, toutes les manifestations parakératosiques,

parasitaires ou infectieuses, toutes les formes atypiques du pityriasis rosé de Gibert. Il est vraisemblable que dans l'avenir, ce groupe de faits cliniques se montrera de moins en moins nombreux et cela en partie, parce que l'on pourra ranger, dans le Trisyndrome de Milian, une série de faits qui, jusqu'à présent, restaient classés dans ce groupe si confus.

L'érythrodermie exfoliante est caractérisée par des nappes érythémato-squameuses, très diffuses, très généralisées, sans intervalle de peau saine, recouvrant les téguments en totalité. Or, ce qui est caractéristique dans le Trisyndrome, ce n'est pas l'érythrodermie, mais le médaillon. Quand l'érythrodermie existe au cours du Trisyndrome, elle est toujours régionale, elle n'est jamais généralisée.

Les dermites artificielles ne sont, en réalité, que des réactions locales de type eczématisque, provoquées par des agents physiques et chimiques bien divers. Elles peuvent d'autant plus prêter à confusion qu'il n'est pas exceptionnel de voir le Trisyndrome survenir à la suite d'une application médicamenteuse sur une plaie. Il s'agit plutôt, en réalité, dans ces cas, de faits anatomo-cliniques qui rentrent dans la grande loi générale du biotropisme sur laquelle Milian a bien insisté; c'est, en effet, le réveil d'un microbisme latent, libéré par l'application du médicament. On ne peut, en effet, guère considérer ces cas comme résultant de l'action directe du topique sur la lésion cutanée.

Et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici la pensée si précise de M. Milian : « Ce qui peut faire porter le diagnostic d'éruption artificielle ou d'érythrodermie exfoliante à certains médecins, c'est que le Trisyndrome apparaît souvent à l'occasion d'un antiseptique appliqué sur une plaie ou

« d'un traitement médicamenteux comme les injections intra-
« veineuses de 914. Nous l'avons observé cinq fois sur dix
« (acide picrique sur une plaie, par exemple). Le fait que le
« même tableau symptomatique répond à des irritations diffé-
« rentes, prouve qu'il n'y a probablement pas rapport de cause
« à effet entre eux; et, d'ailleurs, puisque cinq fois sur dix l'irri-
« tant médicamenteux manque, cela prouve péremptoirement
« qu'il n'est pas nécessaire pour reproduire le syndrome et
« qu'il faut invoquer une autre cause ».

Comme nous le verrons plus loin, il s'agit vraisemblable-
ment d'une manifestation infectieuse et le biotropisme explique
aujourd'hui fort bien la relation qui existe entre l'éruption,
l'infection et l'agent médicamenteux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un certain nombre de biopsies ont pu être pratiquées dans différentes observations et on peut en déduire un certain nombre de notions générales anatomo-pathologiques qui permettent de considérer le Trisyndrome de Milian comme une véritable entité anatomo-clinique.

Il existe trois grands groupes de lésions anatomo-pathologiques qui correspondent aux trois grands aspects dermatologiques de ce syndrome :

a) *Médailles parakératosiques.*

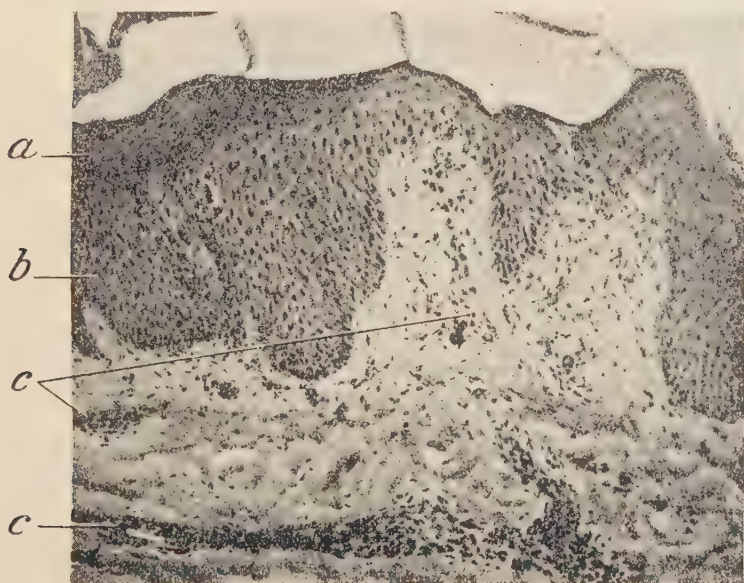
Les lésions observées sont celles que l'on rencontre communément dans le grand groupe des parakératoses. En règle générale, les lésions ne sont pas réparties d'une manière homogène. Certaines zones en sont indemnes. Dans les régions où les images sont le plus caractéristiques, on trouve :

- Augmentation marquée de l'épaisseur de la couche cornée; celle-ci est constituée par des strates multiples dans lesquels on met en évidence de nombreuses cellules nucléées;
- Disparition complète de la couche granuleuse;
- Congestion et œdème marqué du derme papillaire.

A ces trois lésions sont surajoutés quelques aspects particuliers qui donnent à la coupe anatomo-pathologique un aspect très spécial.

Le corps muqueux de Malpighi est le siège d'une hyperacan-

those notable avec des ilots d'œdème intercellulaire qui refoulent les cellules malpighiennes, les déforment en les allongeant. C'est, en réalité, une véritable zone de spongieuse et c'est elle qui est à l'origine de la constitution de vésicules à contenu transparent, renfermant des cellules épithéliales desquamées, des polynucléaires, des lymphocytes et des grands mononucléaires.



Biopsie d'un médaillon de la région lombaire.

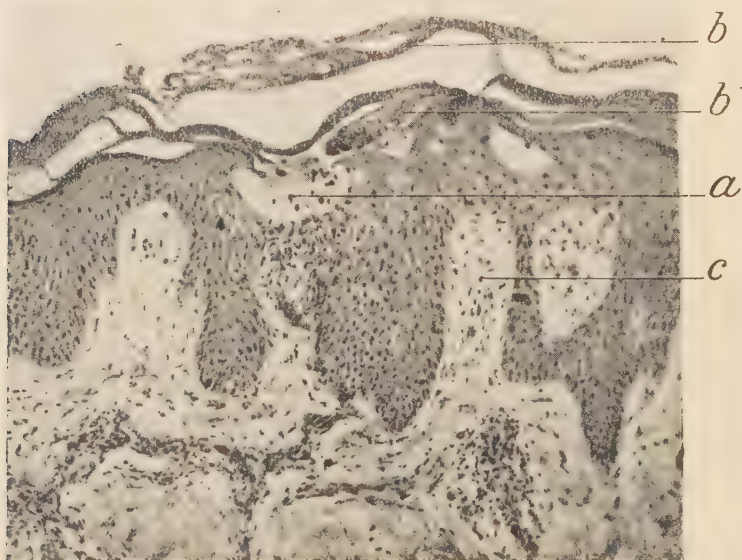
Labor. du D^r Milian (microphoto Schaller, grossissement 175 (fig. 8).

Remarquer la prédominance de la parakératose.

- a.* Couche cornée à cellules nucléées en état de desquamation.
- b.* Corps muqueux acanthosique directement en contact avec la couche cornée sans interposition de couche granuleuse.
- c, c'* Infiltrats dermiques à prédominance périvasculaire.

Dans la couche cornée, on trouve des vésicules partiellement desséchées, de provenance malpighienne et qui ont suivi les cellules épidermiques dans leur migration normale.

Surtout il existe un infiltrat diffus à prédominance périvasculaire dans le derme papillaire. On y trouve des cellules conjonctives, des lymphocytes, des grands mononucléaires à noyaux le plus souvent échancrés et des mastzellen.



Même coupe que celle de la figure 8, en un point différent
(grossissement 175) (fig. 9).

- a.* Vésicule intramalpighienne.
- b, b'.* Vésicules desséchées intracornéennes.
- c.* Œdème papillaire.

Cet infiltrat gagne dans la profondeur autour des vaisseaux et des follicules sébacés.

Certaines papilles ont un développement très particulier dû à la vaso-dilatation et à l'œdème très accentué. Les vaisseaux

dans ce cas sont fortement dilatés, tapissés d'un endothélium hypertrophié, œdémateux, entouré de cellules conjonctives.

Dans son ensemble, la lésion dominante est l'hypertrophie considérable du tissu conjonctif ainsi que des fibres élastiques.

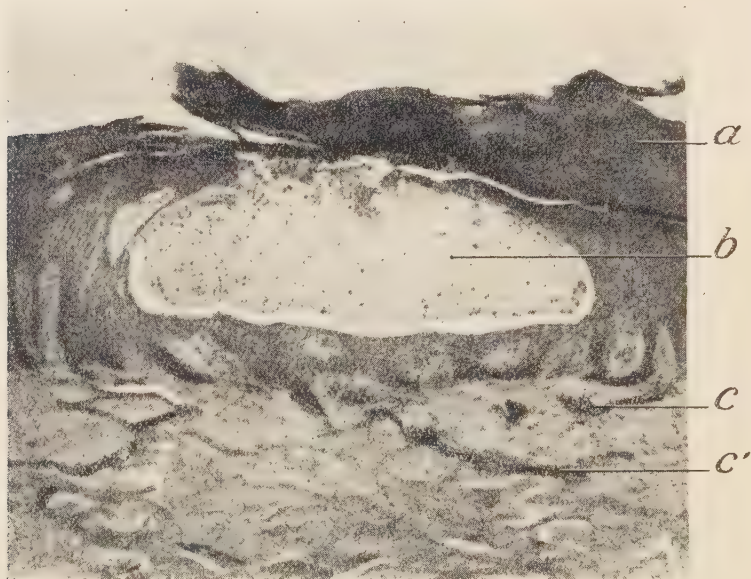
b) *Zone érythémato-œdémateuse diffuse.*

Là encore, la parakératose est disposée en îlots séparés les uns des autres par des zones à peu près saines. Mais l'œdème inter-cellulaire est extrêmement accentué. Il existe de nombreuses vésicules, desséchées ou non, que l'on trouve dans toute l'étendue du corps muqueux de Malpighi. Les zones de spongieuse existent très accentuées par endroits. Ici, l'infiltration dermique est essentiellement le fait de cellules conjonctives de mononucléaires. On n'observe pas, comme dans les lésions des médaillons, de polynucléaires ni de mastzellen. La vaso-dilatation intense occupe la partie profonde du derme et porte tout à la fois sur les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

c) *Dysidrose.*

Les lésions que l'on rencontre dans la dysidrose observée au cours du Trisyndrome sont absolument voisines des lésions dysidrosiques en général. Les vésicules rondes ou ovalaires sont creusées dans le corps muqueux, leur nombre traduit l'intensité du processus de spongieuse. Leur volume est variable, tantôt ce sont de simples vésicules, tantôt, au contraire, ce sont de vraies bulles remplies d'un liquide séreux qui contient des mononucléaires et des mastzellen. Ces lésions sont tout à fait localisées dans le corps muqueux. Il n'en existe aucune dans la couche cornée. Celle-ci est simplement très hyperkératosique. La

couche granuleuse est normale ou épaissie. Le derme papillaire a un infiltrat à prédominance péri-vasculaire formé par des cellules conjonctives et des mononucléaires.



Biopsie d'un élément dysidrosique du petit doigt.
Labor. du D^r Milian (microphoto Schaller, (grossissement 175) (fig. 10).

- a.* Couche cornée hyperkératosique.
- b.* Vésico-bulle intramalpighienne.
- c.* Infiltrats périvasculaires.

PATHOGENIE

La pathogénie du Trisyndrome de Milian se révèle de prime abord extrêmement complexe. Néanmoins, nous pensons qu'en en précisant les détails, elle permet, en premier lieu, d'éclairer cette affection nouvelle et, d'autre part, elle jette un jour particulièrement intéressant sur la pathogénie générale des parakératoses et du pityriasis rosé de Gibert en particulier.

Deux notions fondamentales président à l'établissement du Trisyndrome de Milian :

- 1° L'existence d'une porte d'entrée cutanée ou muqueuse;
- 2° Un germe microbien qui, à la faveur de cette solution de continuité, réalise une dermatose caractérisée par les trois éléments que nous avons décrits.

Aucune discussion n'est possible dans la majorité des cas sur la porte d'entrée. Celle-ci est très variable et nous en avons précisé les diverses modalités au chapitre étiologique.

Par contre, en ce qui concerne l'agent microbien, on pourrait longuement discuter. Cependant, le résultat des examens bactériologiques faits par prélèvement des squames a montré presque constamment la présence de streptocoques. Enfin, l'examen du contenu des bulles de dysidrose a montré, également, la présence du même germe pathogène directement ou par culture en bouillon pipette.

En outre, les intradermo-réactions aux lysats streptococciques ont toujours été positives chaque fois qu'on les a pratiquées chez les malades atteints de Trisyndrome. Certes, chacun de ces éléments isolés ne permet pas d'emporter la conviction.

Mais leur groupement constitue un faisceau de preuves que l'on peut juger suffisant pour penser à la nature streptococcique de l'affection.

Dès lors, il ne reste plus qu'à préciser comment le streptocoque se développe et réalise cette série de lésions cutanées d'aspect morphologique si différent et, d'autre part, quelle est la place que doit occuper le Trisyndrome de Milian dans le groupe si complexe des parakératoses.

L'inoculation du streptocoque a lieu, habituellement, au niveau même de la plaque initiale de la maladie. Résulte-t-elle d'une propagation endogène ou exogène, nous ne saurions répondre avec précision à cette question qui est du domaine des hypothèses et non du domaine des faits rationnellement établis.

Les liens qui unissent le Trisyndrome avec le pityriasis rosé de Gibert, soulèvent une question pathogénique du plus puissant intérêt. Entre les deux affections, il existe toute une série de parentés aussi bien dans les caractères cliniques que dans l'allure évolutive. Qu'il nous suffise de rappeler le début par une plaque initiale et des médaillons qui, dans le pityriasis rosé de Gibert et dans le Trisyndrome, sont parfois absolument analogues.

Ajoutons que dans l'intervalle de ces lésions cutanées, il existe dans les deux affections des papulo-vésicules. Enfin, si la parenté clinique n'était pas encore suffisamment complète, la notion d'évolution cyclique rapprocherait ces deux affections, ainsi que le fait, d'une manière rigoureuse, la constatation des lésions anatomo-pathologiques.

Il reste, cependant, un élément qui vient compliquer encore l'interprétation de cette pathogénie, c'est qu'il existe des pity-

riasis rosés de Gibert absolument authentiques dans lesquels on a noté la coexistence de lésions de dysidrose, et certains autres ont débuté comme le Trisyndrome, par intertrigo, impétigo, panaris, etc., semblant la conséquence de réactions streptococciques cutanées. Comme dans le Trisyndrome, la recherche du streptocoque est, dans ces cas-là, souvent positive et les intra-dermo-réactions aux lysats streptococciques, le sont aussi. On comprend, dès lors, la conception de L. Périn qui assimile ces deux affections et qui considère le pityriasis rosé de Gibert et le Trisyndrome, comme deux formes de parakératose, le Trisyndrome étant, en réalité, une forme anormale de pityriasis rosé. Cette conception est tout à fait judicieuse, surtout si l'on admet avec lui qu'un certain nombre de pityriasis rosés de Gibert reconnaissent une origine streptococcique, et qu'il existe une parenté entre le pityriasis rosé de Gibert et les parakératoses pityriasiformes streptococciques en général.

Nous ne saurions mieux faire, d'ailleurs, que de rappeler les réflexions qu'a suggérées à Milian, une observation relative à une malade atteinte de parakératose à forme de pityriasis rosé et de Trisyndrome inter-thérapeutique :

« Cette parakératose à forme de pityriasis rosé est apparue au cours d'un traitement antisyphilitique. Ce n'est qu'après l'huile grise que ce symptôme apparut. Il s'agit donc encore d'un exemple d'accident biotrope.

« Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est la forme initiale de la maladie qui débuta par une *plaque initiale* comme dans le pityriasis rosé, pour se généraliser, ensuite et donner la forme clinique de la parakératose en médaillons à forme de pityriasis rosé. La confluence des éléments éruptifs a mené cette malade à une symptomatologie à peu près identique à celle du Trisyndrome. Pour cette rai-

« son, qui n'est d'ailleurs pas la première observation du genre,
« on peut conclure :

« 1° Que la parakératose à forme de pityriasis rosé n'est
« qu'une forme de pityriasis rosé;

« 2° Que le Trisyndrome n'est qu'une variété particulière-
« ment confluyente du pityriasis rosé.

« L'évolution apyrétique ainsi que sa durée, limitée à moins
« d'un mois, sont un argument de plus. »

En somme, on peut penser qu'il existe un groupement pathogénique dont les éléments, en dépit de discordances apparentes, sont de nature identique, et que le pityriasis rosé de Gibert, les parakératoses pityriasiformes en médaillons et le Trisyndrome de Milian, sont, en réalité, des manifestations différentes d'un même groupe nosologique.

Cette explication pathogénique éclaire, en outre, la nature même de la dysidrose, que Milian considère depuis longtemps comme de nature streptococcique.

TRAITEMENT

Le traitement sera celui de toutes les dermites infectieuses. On se trouvera bien à la période d'état de donner des bains simples ou des bains de permanganate de potasse; parmi les pommades que l'on pourra prescrire, on retiendra avant tout celles à base d'oxyde jaune de mercure et, accessoirement, celles à l'ichtyol, badigeonnages à l'alcool iodé à 1 %, au nitrate d'argent à 1 ou 2 %; ceux au cristal violet seront d'un précieux secours dans les formes étendues de la maladie.

L'existence de nappes érythémato-œdémateuses diffuses nécessitera des pulvérisations et des pansements humides à l'eau bouillie simple ou à l'eau boriquée. On renouvellera ces pansements plusieurs fois par jour en les imbibant largement de liquide de façon à empêcher toute adhérence aux téguments.

A la période terminale de desquamation les bains d'amidon, l'axonge simple ou salicylé permettront d'écourter considérablement cette phase.

Enfin, à la phase de séquelles, en particulier à la période d'abcès tubéreux, de furoncle ou d'impétigo, les pansements humides, l'ouverture au bistouri seront utilisés dans ces divers cas. La médication générale semble de peu d'utilité dans une affection qui ne s'accompagne jamais de complications viscérales. Aussi, ne peut-on pas être étonné des résultats inconstants qu'ont donnés l'auto-hémothérapie et l'hyposulfite de sodé en injections intra-veineuses.

Dans les formes où les réactions œdémateuses sont particulièrement intenses, on pourra recourir à des diurétiques

légers, tels que la théobromine. Enfin, à la période de séquelles, on renforcera la résistance organique par l'acide phosphorique, l'extrait de bardane et l'on pourra se servir de bactériophage dont l'action permettra de raccourcir cette longue phase de la maladie.

CONCLUSIONS

1° Milian, en 1928, a décrit une maladie cyclique tri-symptomatique, de nature probablement infectieuse.

2° L'étude clinique du Trisyn-drome de Milian montre qu'il est caractérisé par trois éléments qui coexistent et qui donnent à cette affection un aspect très spécial :

- a)* Des médaillons parakératosiques;
- b)* Des zones érythémato-œdémateuses;
- c)* Des vésicules ou des bulles de dysidrose.

3° Deux particularités étiologiques caractérisent le Trisyn-drome :

- a)* Il existe presque constamment une porte d'entrée qui sert de point de départ à l'infection;
- b)* Le germe en cause est, vraisemblablement, le streptocoque.

4° L'évolution de cette maladie se fait en trois phases :

— La période de début où la dermatose est localisée;

— La période d'état;

— La période terminale de desquamation, prolongée quelquefois par de longues séquelles.

5° Les examens paracliniques ne montrent pas de modification importante des urines et du sang, mais l'étude bactériologique des squames et du contenu des bulles permet de trouver presque constamment le streptocoque.

6° A côté de la forme typique du Trisyndrome, il existe :

a) Des formes graves où l'éruption est particulièrement confluente, prenant le type d'érythrodermie localisée;

b) Des formes frustes où les trois éléments du syndrome demandent à être recherchés minutieusement;

c) Des formes dissociées de diagnostic très délicat.

7° L'anatomie pathologique montre que les lésions parakératosiques sont toujours associées à une véritable zone de spongieuse et qu'il existe un infiltrat diffus à prédominance péri-vasculaire dans le derme papillaire.

Dans les zones érythémato-œdémateuses il existe aussi des lésions de parakératose, mais l'infiltration dermique est le fait des cellules conjonctives et des mononucléaires. On ne rencontre ni polynucléaires, ni Mastzellen.

Les lésions de dysidrose sont analogues à celles que l'on rencontre habituellement dans cette affection.

8° Il est vraisemblable que le Trisyndrome de Milian constitue une maladie particulière, véritable entité morbide; mais la clinique permet aussi de penser :

a) Que la parakératose à forme de pityriasis rosé n'est qu'une forme de pityriasis rosé de Gibert;

b) Que le Trisyndrome n'est qu'une variété particulièrement confluyente de la parakératose à forme de pityriasis rosé et par suite du pityriasis rosé lui-même.

Vu : *Le Doyen,*

A. ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse (1868).
- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau (1862).
- BECHET. — Pityriasis rosea with lesions on the face resembling seborrheic dermatitis (New-York Dermat. Soc. Mai 22-1923).
- BENEDEK. — Schizosaccharomykid Beitrag für Actiologie und Pathogenese der « Pityriasis rosea » Gibert Volaeufige Mitteilung. Dermatologische Wochenschrift. Bd. LXXXVI N° 16. Avril 1928, p. 536.
- BROCQ. — Le problème de la nature du Pityriasis rosé de Gibert (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique. 25 janvier 1922, p. 49).
- BROCQ. — La plaque primitive de Pityriasis rosé de Gibert. (Annales de Dermatol. 25 oct. 1887, p. 615).
- BROCQ. — Cliniques Dermatologiques 1924.
- BROCQ. — Les séborrhéides (Presse Médicale, N° 19-6 mars 1897).
- BROCQ. — Eruption intermédiaire au Pityriasis rosé de Gibert et aux séborrhéides psoriasiformes. Quelques généralités sur les faits de passage et la représentation graphique des Dermatoses. (Presse Médicale, 11 juin 1903, p. 501).
- BROCQ. — Traité de Dermatologie Pratique 1906.
- CHEVALIER. — Une petite épidémie de Pityriasis rosé de Gibert. (B.S.F.D., 14 mai 1925, p. 239).
- DARIER. — Dermatologie 1928.
- GIBERT. — Traité des Maladies de la Peau, 1862.

- GOUGEROT. — Fréquence, polymorphisme et importance des streptococcies cutanées aiguës et chroniques. (Journal des Praticiens, 1917, N° 17, p. 256 et N° 18, p. 275).
- GOUGEROT. — Les dermo-épidermites microbiennes de guerre et leur traitement. (Revue de Médecine, T. XXXV, 1916, p. 342-401).
- GOUGEROT. — Dermatologie en clientèle. 1932.
- GOUGEROT. -- Epidermites microbiennes érythémato-squameuses généralisées simulant une dermite exfoliatrice. (Journal des Praticiens 1917, N° 26, p. 401).
- GOUGEROT, BURNIER et DOUCHÉ. — Pityriasis rosé atypique. (Bull. de la Soc. Française de Derm. et Syph. 12 juillet 1934).
- GOUGEROT et FILLIOL. — Pityriasis rosé de Gibert, débutant autour de pustules vaccinales. (Bull. Soc. Derm. 9 déc. 1926).
- JOYEUX et BURNIER. — A propos d'un cas de pityriasis rosé. (Bull. Soc. Derm. et Syph. p. 1054, 1929).
- HAZON. — The étiology and treatement of Pityriasis rosea. (Journal. Amer. Med. Assoc. XCI N° 9 sept. 1928, p. 645).
- KRZYSZTAŁOWICZ. — Rôle du Streptocoque dans la pathogénie des Dermatoses. (Bull. International de l'Académie Polonaise des Sciences et Lettres. Mars 1931).
- LORTAT-JACOB et BIDANET. — Streptocoque et entérocoque dans les parakératoses. (Ann. de Derm. et Syph. Août 1931, p. 842).
- MARCOZZI. — Formes anormales de Pityriasis rosé de Gibert. (Arch. Ital. di Derm. Sifil. e Vener, N° 14 Avril 1928, p. 340).
- MILIAN. — Maladie cyclique trisymptomatique probablement infectieuse. (Rev. Fr. de Derm. et Ven. Sept. Oct 1928, p. 454).
- MILIAN. — Dysidrose infectieuse streptococcique. (Revue Française de Derm. et Véné. Juillet-Août 1928).
- MILIAN. — Parakératose à forme de Pityriasis rosé et de Trisyn-drome inter-thérapeutique, sa nature. (Revue Française de Derm. et Ven. N° 2, 1933, p. 73).
- MILIAN. — Parakératose eczématiforme avec petits médaillons, consécutive à un impétigo de la face. (Revue Française de Derm. et Ven. N° 11. 1931).

- MILIAN. — Teigne amiantacée, impétigo rétro-auriculaire et « séborrhéides ». (Bull. Soc. Fr. de Derm. et Ven. 13 janvier 1927, p. 16).
- MILIAN. — Pityriasis rosé consécutif à un panaris. (Revue Fr. de Derm. et Vén., Mai 1928).
- MILIAN. — Le Biotropisme (Edition Baillière, 1928).
- MILIAN et DEGOS. — Erythodermie vésiculo-œdémateuse primitive à streptocoques (Rev. Fr. de Derm. et Vén., N° 4, 1932).
- MILIAN et KITCHEVATZ. — Contribution à l'étude des lésions cutanées survenues à distance au cours des infections pyodermiques. (Soc. de Derm. 16 janvier 1930).
- MILIAN et LAUNAY. — Parakératose à médaillons, à forme de Pityriasis rosé consécutive à une blessure infectée. (Ann. de la Soc. de Derm. 1929, p. 769).
- MILIAN et PÉRIN. — Trisyndrome. (Bull. de la Soc. de Derm. 1931, p. 852).
- MILIAN et PÉRIN. — Impétigo et Parakératose psoriasiforme. (Soc. de Derm., Séance du 12, VI, 1930).
- L. PÉRIN. — Maladie éruptive trisymptomatique à évolution cyclique (Trisyndrome ou Maladie de Milian). (Paris Médical, janvier 20, 1934, p. 69).
- L. PÉRIN. — Impétigo streptococcique et Pityriasis rosé de Gibert. (Bull. de la Soc. Française de Derm. et Syph. Nov. 1927).
- L. PÉRIN. — Pityriasis rosé de Gibert et intradermo-réaction au vaccin streptococcique. (Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et Syph. Nov. 1928, p. 793).
- L. PÉRIN, L. MICHAUX et J. COTTET. — Intradermo-réaction streptococcique dans le Pityriasis rosé de Gibert. (Revue Française de Derm. et Vén. Janvier 1929).
- SÉZARY et GALLOT. — Erythrodermie streptococcique. (Soc. de Derm. 1932).
- SABOURAUD. — Sur les Streptococcies eczématiformes. (Ann. de Derm. 1927).
- SABOURAUD. — Les Streptococcies épidermiques. (Paris Méd. 1913. IX. p. 313).

Thèse de NICOLAS sur le Pityriasis rosé de Gibert ou roséole squameuse. Paris 1880.

Thèse de Pierre FERNET sur les parakératoses psoriasiformes de Brocq. Paris 1910.

Thèse de LECOMTE sur l'étiologie du Pityriasis rosé de Gibert. Paris 1929.

Thèse de DEGOS sur l'érythodermie primitive streptococcique. Paris 1933. Doin Ed.

Thèse de LORTAT-JACOB sur les parakératoses et streptococcies cutanées. Paris, 1933.

UNNA P.-G. — L'eczéma séborrhéique. Trad. M. Hodara.
(Journal des Mal. cut. et syph. Mars-Avril 1894.)

VEYRIERES. — Diagnostic du pityriasis rosé. (Bull. de la Soc. Française de Derm. et Syph., N° 1. Janvier 1929, p. 28).

R. WEIS, CLINTON LANE et WINFUR SCHOMANN. — Sur le Pityriasis rosé. (Arch. of Derm. a Syphilol. Mars 1927, N° 3, vol. 15).

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	15
Historique	16
Etiologie	17
Observations	19
Etude clinique	57
Diagnostic	65
Anatomie pathologique	68
Pathogénie	73
Traitement	77
Conclusions	79
Bibliographie	83
